
This is the **published version** of the article:

Álvarez van der Feltz, Isabel; Fischman, Diana. La imagen corporal en danza.
2014. 69 p.

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/130412>

under the terms of the  license



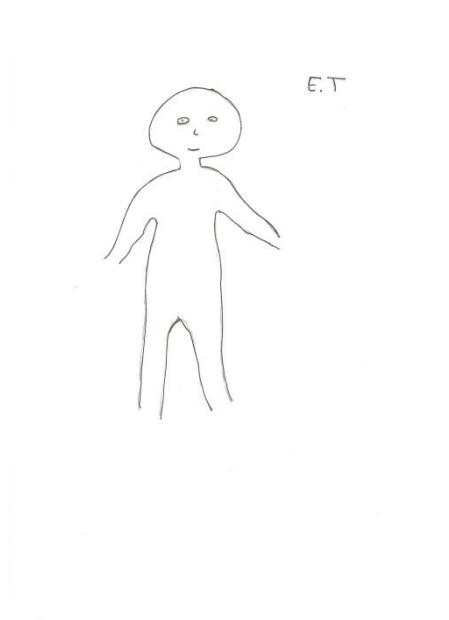
**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Máster en Danza Movimiento Terapia

Tesina de fin de máster

La imagen corporal en danza/movimiento terapia

Un estudio con mujeres operadas de cáncer de mama



Autora: Isabel Álvarez van der Feltz

Tutora: Dra. Diana Fischman

Junio 2014

Agradecimientos

A Javier por ayudar a arrancar

A Patricia por sus ánimos durante todo el proceso

A las mujeres valientes que participaron en el taller por abrirse hacia mí

A Elisa y Enrique por haber tenido que prescindir de madre en momentos

A Diana por guiarme en esta tarea bonita

Contenido

Resumen	4
1. Presentación	5
2. Metodología	7
2.1 Planteamiento del trabajo	7
2.2 Población.....	7
2.3 El cuestionario.....	9
2.4 Organización del taller	10
2.4.1 Espacio y estructura de los talleres.....	11
2.4.2 Diseño del taller.	11
2.4.3 La evaluación del taller.	14
2.5 Análisis de la información obtenida.....	15
3. Encuadre teórico	16
3.1 El concepto de la imagen corporal desde un punto de vista histórico.....	16
3.2 Las aportaciones de S. Gallagher.	17
3.2.1 Resumen.....	18
3.3 Las aportaciones de la Danza Movimiento Terapia (DMT).....	19
3.3.1 Definición de DMT.	19
3.3.2 El modelo tripartito de Pylvänäinen.....	19
3.3.2.1 Cualidades propias de la imagen.	19
3.3.2.2 El yo corporal.....	20
3.3.2.3 La memoria corporal.	21
3.3.3 Otras aportaciones de la DMT.....	22
3.3.4 Imagen corporal, movimiento y cambio en la psyche.....	24
3.3.5 Resumen.....	25
4. El estudio exploratorio.....	26
4.1 Presentación del estudio exploratorio	26
4.2 Resultados del cuestionario.....	26
4.2.1 Cuadro 1: Resultados del cuestionario	27
4.2.2 Resultados del cuestionario por apartados	33
4.3 Análisis del cuestionario en base a los tres aspectos de la imagen corporal	36
4.3.1 Cualidades propias de la imagen.....	36
4.3.2 Yo corporal.....	36
4.3.3 Memoria corporal.....	37

4.4 El taller	39
4.4.1 El proceso de las sesiones.	39
4.4.1.1 Primera sesión.	39
4.4.1.2 Segundo taller.....	43
4.4.2 Resultados de la evaluación del taller	48
4.4.2.1 Cuadro 2: Resultados de la evaluación del taller	48
4.4.3 Análisis de la evaluación del taller.....	50
4.4.4 Conclusión del estudio exploratorio.....	50
4.4.4.1 El cuestionario.....	50
4.4.4.2 El taller de DMT.	51
5. Conclusiones y discusión.....	55
5.1 Introducción.	55
5.2 Limitaciones del estudio.....	55
5.3 Conclusiones	56
5.4 Otras poblaciones que se pueden beneficiar del trabajo de la imagen corporal.	57
5.5 Nuevas líneas de investigación	57
6. Referencias bibliográficas.....	58
7. Anexos	61
7.1 Anexo 1: Cuestionario sobre la imagen corporal para mujeres operadas de cáncer de mama.	61
7.2 Anexo 2: Evaluación de los talleres	66
7.3 Anexo 3: Dibujo de la participante 6	67
7.4 Anexo 4: Dibujo de la participante 5	68

Resumen

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina. El impacto tanto físico como psicológico y social del diagnóstico y los tratamientos quirúrgicos y farmacológicos significan un antes y después en la vida de estas mujeres. Este estudio de tipo descriptivo-exploratorio investiga lo que significa para esta población el haber pasado por esta enfermedad en relación con su imagen corporal y qué es lo que puede aportar la Danza Movimiento Terapia (DMT) para aliviar los síntomas psicológicos y sociales que sienten como consecuencia del impacto de la enfermedad. A través de un cuestionario extenso y un taller de DMT con un grupo de mujeres operadas de cáncer de mama exploramos los diferentes aspectos implicados en la imagen corporal. Los resultados de este estudio exploratorio nos muestran la importancia que tiene para esta población el aspecto relacional que engloba la imagen corporal.

Palabras clave: Danza Movimiento Terapia (DMT), imagen corporal, cáncer de mama.

1. Presentación

Hablamos mucho de la imagen corporal en ámbitos muy distintos que afectan a nuestra vida: desde el punto de vista de la estética, la moda, la publicidad, ciertas patologías o la salud. En nuestra sociedad prevalece la imagen sobre la persona; estigmatizamos a las personas que no entran en el canon de la belleza dominante por ser más altos o más bajos de lo establecido, más gordos o flacos, más rubios o morenos, más negros o blancos... Tenemos prejuicios hacia las personas que no cumplen o no cumplimos con el requisito del cuerpo perfecto.

En la formación de la DMT se menciona con mucha frecuencia el concepto de la imagen corporal, sobre todo en el contexto de las diferentes psicopatologías o trastornos, como pueden ser: la depresión, la esquizofrenia, los trastornos alimenticios, niños con discapacidad, autismo, entre otros. Hasta tal punto que se considera un objetivo terapéutico el mejorar la imagen corporal (Chaiklin & Schmais, 1993; Stanton-Jones 1992; Pylvänäinen, 2003).

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. En España se diagnostican unos 22.000 casos cada año, la mayoría entre los 35 y los 80 años, aunque la máxima incidencia se encuentra entre los 45 y los 65 años. Se estima que una de cada ocho mujeres padecerá cáncer de mama a lo largo de su vida y que el número de casos se está incrementando en un 1-2% anual (AECC, 2014).

La DMT, a través de la recuperación del placer por el movimiento corporal, ofrece la oportunidad de trabajar sobre la propia imagen corporal que ha sufrido un trauma físico y psíquico. Mi interés personal en profundizar en el concepto de la imagen corporal se originó durante la formación del máster y después de un curso organizado por la ADMTE (Asociación de Danza Movimiento Terapia España) al que asistí posteriormente. Así mismo, mi propia experiencia con el cáncer de mama me acercó a esta población como objeto de la investigación.

Este trabajo trata de un estudio exploratorio con un grupo de mujeres operadas de cáncer de mama, a quienes se les imparte un taller de DMT de seis horas repartidas en

dos sesiones de tres horas cada una. Población cuyo cuerpo se ve afectado y dañado al haberse producido una mutilación de aquella parte en que la mujer puede que sea más vulnerable, donde guarda su orgullo, su intimidad y su sexualidad y que, de repente, se convierte en fuente de desesperación y de rabia.

Sustento el trabajo de investigación de esta tesina en las siguientes preguntas:

1. ¿La DMT interviene modificando la imagen corporal?
2. ¿De qué modo o en qué aspectos se manifiesta?
3. ¿Qué puede aportar la práctica de la DMT para mejorar una imagen corporal que ha sufrido intervenciones, como es el caso de mujeres mastectomizadas?¹

El trabajo se basa fundamentalmente en dos ejes: (a) un acercamiento teórico-descriptivo hacia el concepto de la imagen corporal en el que se destaca el aspecto emocional y relacional de la misma, y (b), la realización de un estudio exploratorio con un grupo de mujeres operadas de cáncer de mama. ¿Cómo ven, perciben, viven su cuerpo mujeres después de haber sufrido una mastectomía? Mediante un cuestionario y un taller de DMT elaborados para este estudio, intento adentrarme en la imagen corporal de estas mujeres y descubrir sus necesidades para poder llegar a aceptar tanto la enfermedad como su cuerpo dañado.

¹ Por mastectomía se entiende la intervención quirúrgica en que se extirpe el tumor de la mama. Distinguimos dos tipos de intervenciones: mastectomía conservadora (la extirpación del tumor o el cuadrante de la mama donde se localiza el tumor) y la mastectomía completa (la extirpación entera de la mama) (Secpre 2012).

2. Metodología

2.1 Planteamiento del trabajo

En el presente trabajo de investigación se utilizará un enfoque de tipo cualitativo-exploratorio sobre el concepto de la imagen corporal, partiendo, por un lado de la revisión del concepto desde el punto de vista filosófico y psicológico y de la DMT, y, por otro, haciendo un análisis desde el punto de vista empírico en base a un estudio exploratorio diseñado para mujeres supervivientes de cáncer de mama. Los datos a analizar de este estudio exploratorio son subjetivos y parten de las preguntas que han motivado este trabajo como son: (a) ¿Cómo ven, perciben, viven su cuerpo mujeres después de haber sufrido una mastectomía? y (b) ¿Qué puede aportar la práctica de la DMT para mejorar una imagen corporal que ha sufrido intervenciones, como es el caso de mujeres mastectomizadas?

Para responder a la primera pregunta se recabará la información a través de un cuestionario en profundidad diseñado sobre las temáticas de interés de la tesina. Para responder a la segunda pregunta se realizará un taller de DMT que consistirá en dos encuentros con mujeres que han sido operadas de cáncer de mama. Adjuntaré una evaluación por escrito que cada participante completará al finalizar los encuentros (Ver Anexos 1 y 2).

2.2 Población

Las mujeres supervivientes de cáncer de mama representan una población heterogénea, ya que esta enfermedad puede afectar a todas las edades de la etapa adulta y a todos los estratos sociales. Además, la manifestación del tumor es diferente en cada mujer quien, dependiendo de su carácter y su situación personal, familiar y/o laboral, reacciona de manera distinta ante la situación en cada momento.

Sin embargo, se puede hablar de características generales: el impacto físico, psicológico o social del diagnóstico, de las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos y las revisiones médicas de esta enfermedad.

El diagnóstico de la enfermedad y los tratamientos suponen una fuente de estrés importante que puede conllevar una intensa reacción emocional con síntomas de ansiedad y depresión. A estas reacciones pueden sumarse otras referidas al daño de autoestima femenina e imagen corporal, miedos y preocupaciones referidos al futuro,

problemas de aislamiento y ajuste social, así como secuelas de tipo físico (problemas de dolor, de movilidad en el brazo afectado, linfedema² í + "swg" fkhkewnvcp"nc"cfcrvcek»p"fg" la mujer a su nueva situación, incluso años después de haber finalizado los tratamientos y encontrarse libre de enfermedad (AECC, 2002). Otros efectos secundarios comunes del cáncer de mama a nivel psicosocial son: cambios emocionales, baja autoestima, sensación de pérdida de control, feminidad disminuida, autodesprecio y disfunción sexual (Mustian, Katula & Gill, 2002).

Durante todo el proceso de la enfermedad se producen muchos momentos de tensión, como la espera de los resultados de las pruebas, la aplicación de los tratamientos o los periodos previos a las revisiones. La percepción de la pérdida de salud provocada por los síntomas asociadas a la quimioterapia puede provocar un malestar psicológico y es frecuente que aparezcan reacciones emocionales como la tristeza, apatía, percepción de falta de control ante la situación, miedo o angustia ante esta enfermedad que desajusta física y emocionalmente. También es frecuente que, una vez terminados los tratamientos, aparezcan emociones contradictorias: a la vez que se siente alivio, alegría, se puede tener la sensación de vacío, inseguridad y desamparo.

Las revisiones médicas se perciben como remembranza de todo lo pasado y en los periodos previos pueden aparecer síntomas de ansiedad anticipatoria, estando más pendiente de su cuerpo, auto-observándose en búsqueda de síntomas (AECC, 2002).

Los cambios físicos que experimentan algunas mujeres, como en el caso de la mastectomía completa o el aumento significativo de peso, influyen en la percepción de la propia imagen y su relación con su sentido del ser. Esta alteración de la imagen física supone, además, un sobreesfuerzo emocional en el proceso de adaptación a su nueva realidad para hacer prevalecer lo que son, por encima de lo que perciben que su imagen física proyecta (Ferro & Prades, 2013).

El cáncer de mama tiene importantes repercusiones en la sexualidad femenina y la relación íntima de pareja: los tratamientos suponen un desgaste físico y emocional; el tratamiento hormonal disminuye los niveles de estrógenos y disminuye el flujo vaginal que provoca sequedad y tirantez vaginal. Estos últimos síntomas también pueden aparecer como resultado de ansiedad (AECC, 2002).

² Linfedema se refiere a la hinchazón del brazo del lado en el que se ha sufrido la intervención quirúrgica de mama y axila debido a la acumulación de líquido intersticial como consecuencia de la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila (AECC, 2014)

Si bien es cierto que la mayoría de los estudios se han centrado en el diagnóstico y en los tratamientos, lo que ha influido en una mayor supervivencia, también lo es que se han dedicado relativamente pocos estudios a la etapa de la supervivencia. Los efectos secundarios de los tratamientos pueden ser temporales o permanecer en el tiempo o bien convertirse en una situación crónica de salud. Igualmente pueden producirse efectos tardíos que aparecen meses o años después de haber finalizado los tratamientos (Ferro & Prades, 2013).

Todos estos factores influyen a la hora de analizar las consecuencias que puede tener para la mujer el padecimiento de esta enfermedad y articular los mecanismos necesarios para su recuperación integral, no sólo física sino psicológica y social.

2.3 El cuestionario.

He diseñado un cuestionario conforme a los tres aspectos que están comprendidos en la imagen corporal según Päivi Pylvänäinen (2003): (a) *Image-Properties* (cualidades propias de la imagen), (b) *Body-Self* (yo corporal) y (c) *Body-Memory* (memoria corporal). He añadido o explicitado dos temas más a estos tres aspectos para poder entrar más al fondo de esta problemática específica: (d) la mirada del otro y (e) la feminidad. Respecto al primero (la mirada del otro), influyen en la formación de nuestra imagen corporal nuestras creencias y percepciones sobre cómo nos ven los demás. ¿Sentimos que nos aceptan tal y como somos (ahora)? La feminidad es un tema importante por la ubicación del tumor: todas las pruebas médicas y las intervenciones quirúrgicas afectan a la parte más íntima de la mujer. Sentimos que estas partes, estrechamente ligadas a la sensación de feminidad (Secpre, 2012) ya no nos pertenecen ya que están sumamente medicalizadas (de Aguirre, 2013).

Gran parte de las preguntas de este cuestionario están basadas en otras encuestas o artículos que forman parte de estudios realizados con la misma población (Dibbell-Hope (2000); Sandel et al. (2005); Manheim & Weis (2006), un estudio de la Secpre (2012), artículos dedicados específicamente al concepto de la imagen corporal (texto inédito de Silvina Gimpelewicz (2013) y un documental belga (de Aguirre, 2013) en el que se entrevistan a mujeres mastectomizadas sobre el impacto psicológico de la enfermedad en su sentirse mujer, su relación de pareja y su vida sexual).

2.4 Organización del taller y muestra de la población.

Decidí realizar dos sesiones de DMT de tres horas cada una dentro del contexto de una terapia intensiva corta³, que tuvieron lugar dos sábados por la mañana consecutivos (22 de febrero y 1 de marzo de 2014).

Para formar el grupo de mujeres con las que iba a trabajar me puse en contacto con la Asociación Leonesa de Mujeres operadas de Cáncer de Mama (Almom), una asociación muy activa con unas 200 mujeres asociadas. Previa conversación con la presidenta, acudí un jueves, el día de la semana que se reúnen, a la sede para explicar el objetivo de este estudio, la manera en que se iba a desarrollar la parte práctica y hablamos de su disponibilidad. Se concretaron los días y dejé en la sede una lista para apuntarse. Para tener un grupo heterogéneo no puse ningún tipo de restricción, ni por edad, ni por el tiempo que pasó desde la intervención. Se apuntaron 18 mujeres, aunque no todas pudieran acudir los dos días. Al final la Asociación aportó ocho mujeres que podían ir los dos días.

Por otra parte contacté con otras mujeres de mi entorno que pasaron por la enfermedad y de ellas se comprometieron tres. Con lo cual, se formó un grupo de once mujeres. Una de ellas, por cuestiones de salud no acudió el segundo día.

³ El concepto de terapia intensiva corta lo describe Stanton-Jones (1992) haciendo referencia a Krueger and Schofield que emplean $\delta FOV^k p^u j q t v^r g t k q f u^q h^k p v g p u k x g^v t g c v o g p v \ddot{o}^* U v c p v q p$ -Jones: 234). También Iris Braüninger $w u c^g n^e q p e g r v q^d u j q t v^r g t o^v t g c v o g p v^r t q i t c o u \ddot{o}^f g h k p k^2 p f q n q u^e q o q^d v j g^c r r n k e c v k q p^q h^F O V^h t q o^q p g^u g u k \gg p^o f p k o w o^w r^v q^v y g n x g^u g u u k p u \ddot{o}^* D t @ w p k p i g t <^; 2 + \}$

2.4.1 Espacio y estructura de los talleres.

Los talleres se realizan en una sala amplia y luminosa de un centro de yoga en la que previamente cubro los espejos con telas y sábanas. Teniendo en cuenta que el tiempo es limitado, opto por hacer los talleres altamente estructurados⁴, es decir, con una planificación de dinámicas y objetivos concretos. Cada taller comienza con un *check-in* (inicio de sesión), hablado o en movimiento, seguido por un calentamiento, unas dinámicas (grupales, en pareja o de exploración individual) y un cierre grupal en forma de bailes en círculo. A mitad del taller hacemos una pausa para tomar un café, una infusión o un zumo y un dulce para reponer fuerzas.

2.4.2 Diseño del taller.

El modelo tripartito de Pylvänäinen me sirvió de propuesta para dar forma al taller. Para el diseño de las dinámicas me dejé inspirar por las técnicas de Chace, la Bioenergética, mi experiencia con el método de Feldenkrais, la danza y el *contact improvisation*, coincidiendo con muchas de las propuestas descritas por Pallaro (1996).

Primera sesión.

A: Objetivos y temas a tratar.

- x Toma de conciencia corporal del cuerpo físico en quietud y en movimiento.
- x Exploración de apoyos.
- x Exploración de la confianza.
- x Toma de conciencia de la respiración.
- x Exploración de algún movimiento interno.

B: Dinámicas a desarrollar.

Check-in hablado, dar la bienvenida, pequeña introducción al taller.

Dinámica 1: Conocernos.

⁴ Término tomado de Mannheim & Weis (2006) que hicieron un estudio de DMT con la misma población.

- a. Círculo tipo Chace⁵: escribir con un movimiento la primera letra de nuestro nombre, decir el nombre completo. Todos repetimos el movimiento a la vez que decimos el nombre.
- b. En círculo: pasar el balón diciendo el nombre de la persona a quien va destinado el balón.

Dinámica 2: Calentamiento. Tomar conciencia de nuestro cuerpo en movimiento, del espacio general y de las demás personas.

Dinámica 3: Explorar los límites de nuestro cuerpo y las articulaciones. En parejas.

- a. Una persona toma una postura en el suelo, la otra camina alrededor, marcando la silueta. Repetimos dos veces más cambiando de postura.
- b. Una persona está tendida en el suelo, la otra hace una escultura, formas en 3 dimensiones con el cuerpo de la compañera, manipulando las articulaciones.

Dinámica 4: Explorar la confianza. De pie, en parejas.

El Lazarillo: una persona pone la mano en el hombro de la compañera y se deja llevar por el espacio, primero con los ojos abiertos, después con ellos cerrados.

Dinámica 5: Tomar conciencia de las partes del cuerpo y explorar apoyos en pareja.

- a. Las participantes se mueven por el espacio al ritmo de la música y al parar la música buscan una pareja para juntar las partes del cuerpo que acabo de decir: mano con mano, hombro con hombro etc.
- b. En parejas exploramos los apoyos dando y recibiendo peso.

Dinámica 6: Relajación y chequeo de las partes del cuerpo (*bodyscan*) (Maley, 2002). Exploración de la respiración y de sensaciones internas.

Dinámica 7: Reflejar la imagen que tenemos de nosotras mismas: dibujarnos. Papel DinA 3, diferente material para dibujar: lápices de color, ceras y pasteles blandos de colores.

⁵ El Círculo de Chace se refiere a un tipo de ejercicio grupal de movimiento improvisado que desarrolló Chace en que el liderazgo del movimiento pasa del /la terapeuta a los miembros del grupo y viceversa del miembro del grupo al terapeuta o a otro miembro de grupo. Puede realizarse en la fase del calentamiento o en la parte central de la sesión (Chace 1993).

Dinámica 8: Cierre. Dos bailes en círculo: el Pescador, una canción popular colombiana, y la Biserka, una danza serbia.

Segunda sesión.

A: Objetivos y temas a tratar.

- x Tomar contacto con el cuerpo y la respiración.
- x Explorar diferentes calidades de movimiento.
- x Explorar movimientos internos.
- x Explorar la confianza en grupo.

B: Dinámicas a desarrollar.

Check-in: tomar contacto con el grupo y con una misma.

- a. Saludo en movimiento en círculo tipo Chace.
- b. Ejercicio de brazos, poniendo la atención en la respiración.

Dinámica 1: Masaje en parejas de pie: sentir el cuerpo físico.

Dinámica 2: Calentamiento en círculo: pasando por todas las articulaciones, sentir el cuerpo, la gravedad, la verticalidad, la kinesfera personal, niveles alto, medio bajo.

Dinámica 3: Explorar la calidad de movimiento: peso liviano y peso firme.

Dinámica 4: El espejo: improvisación en pareja. Una persona dirige, la otra sigue. Al final, la misma dinámica sin que nadie dirija.

Dinámica 5: Explorar la confianza en grupo: dos grupos de cinco personas, una se pone en el medio y se deja balancear por el grupo.

Fkp^a o kec"8<"õVktet" rctc"cfgnepvgö<"cvtexguct"gn"gurcekq"nkdtcpfq"qduv^aewñqu0"Gp"rctglcu."
una persona intenta llegar al otro lado de la sala mientras que la compañera se lo intenta impedir.

Dinámica 7: Relajación.

Dinámica 8: Dixit: intercambiar verbalmente sensaciones, pareceres, sentimientos. Sentadas en círculo las participantes eligen 3 cartas cada una. Cada carta tiene una imagen simbólica que puede ser interpretada de muchas maneras.

Dinámica 9:

- a. Vuelta a la unión y la cohesión: En círculo de pie agarrando entre todas la tela grande azul. Hacer saltar encima un globo, una pelota grande, una pelota pequeña.
- b. Bailes en círculo: Volver a los 17, canción emblemática escrita por Violeta Parra, y la Biserka.

Cierre y entrega de evaluaciones.

Dependiendo del tipo de dinámica y el objetivo propuesto, se trabaja de manera individual, en pareja o en círculo. Trabajar en círculo tiene un valor especial en la terapia de grupo: todos los participantes pueden tener contacto visual, se crea una misma energía compartiendo emociones y experiencias (Chaiklin & Schmais, 1993), se fomenta la cohesión de grupo, el sentido de pertenencia al grupo y un sentido de apoyo mutuo. Como se hace en una formación circular [el paciente] sentirá un gran apoyo mutuo. Para Chace el círculo significaba la estructura principal a partir de la cual se podían desarrollar otras formas de relacionarse (Chaiklin & Schmais, 1993); ella usaba el círculo para fomentar la interacción social entre sus participantes (Levy, 1988) y crear una conciencia grupal (Chace, 1993). Así mismo daba mucha importancia a que el cierre de la sesión se hiciera en círculo con un movimiento sencillo, repetitivo y común para fomentar un sentido de compañerismo y bienestar (Chaiklin & Schmais, 1993; Levy, 1988).

2.4.3 La evaluación del taller.

La evaluación consta de 4 preguntas en las que me pueden dar feedback sobre cómo se han sentido, qué dinámica les ha llamado la atención, qué les ha aportado el participar en los talleres.

⁶ If the dance action is taken place in a circular formation, he feels a great deal of support from the group.

2.5 Análisis de la información obtenida

Una vez obtenidos los datos a través del cuestionario y la evaluación final, se analizará este material, conformando cuadros clasificatorios de la información y, junto con las observaciones personales de la coordinadora sobre el transcurso del taller, se generarán temáticas emergentes.

3. Encuadre teórico

3.1 El concepto de la imagen corporal desde un punto de vista histórico.

Existe en la literatura relacionada con la psicología del cuerpo una clara confusión a la hora de interpretar y utilizar el concepto de la imagen corporal. Fue en 1885 cuando Pierre Janet habló por primera vez de la imagen corporal en un contexto psicoanalítico. Según Courtenay (2006), las ideas de Janet que comprendían conceptos como el sentido kinestésico, movimiento e intencionalidad, la importancia de trabajar con el cuerpo con pacientes traumatizados y la importancia de un cambio (o no) en la imagen corporal de una persona, tuvieron una gran influencia en Freud, Jung y Piaget. Durante todo el siglo pasado se ha ido variando el significado, poniendo el énfasis en la representación mental del cuerpo en algunos textos, o en la implicación emocional en otros. O bien, en un mismo texto se mezcla todo y/o se intercambia indistintamente el concepto de la imagen corporal con el del esquema corporal. Este es el caso de Paul Schilder primer referente para la DMT que desde un punto de vista de la neuropsiquiatría en su importantísimo *nkdtq"ôKocigp"{"crtkgpek"fgn"ewgtrq"jwo cpqö"qhtgeg"nc"uki wkgpvg" fghkpek»p" fg imagen corporal:*

Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se *pqu"crctgeg í 0"Gn" guswgo c"eqtrqtcn"gu"nc" k o c igp"vtfk o gpukqpcn" swg"vqfq"gn" o wpfq" vkgpg" fg" u" o ku o q0" [" r q f g o q u" n n c o c t" guvc" k o c igp." ôk o c igp" eqtrqtcnö" *Uejknfgt,* 1987 p. 15)

Dada la confusión conceptual, y consciente de que no es objetivo de esta tesina llevar a cabo una revisión literaria histórica exhaustiva del concepto de la imagen corporal, me baso para el desarrollo de este trabajo en dos estudios que son fundamentales:

1. Desde un punto de vista filosófico: *How the Body Shapes the Mind* de S. Gallagher (2005) que, en su primer capítulo se adentra en el término de la imagen corporal contrastándolo con el esquema corporal;
2. desde el campo de la DMT: *Body Image: A Tripartite Model for Use in Dance/Movement Therapy*ö" fg" R0" R {nx@p@kpgp"*4225+" gp" gn" swg" cpcnkza algunos de los planteamientos de Schilder y propone un modelo teórico-práctico para trabajar la imagen corporal en la DMT.

3.2 Las aportaciones de S. Gallagher.

Según Gallagher (2005), la imagen corporal y el esquema corporal se refieren a dos sistemas estrechamente relacionados pero claramente diferentes. Define la imagen corporal como un (a veces consciente) sistema de percepciones, actitudes, creencias y (pre)disposiciones que pertenecen al propio cuerpo de cada uno/a.⁷

Por otra parte, el esquema corporal se refiere a un sistema de capacidades o procesos sensorio-motrices que de manera continua regula la postura y el movimiento, procesos que funcionan sin una conciencia reflexiva o la necesidad de que haya una implicación perceptiva (Gallagher, 2005)⁸.

Para establecer una distinción entre la imagen corporal y el esquema corporal Gallagher (2005) sustenta su análisis fenomenológico en diferentes factores interrelacionados, que he agrupado de la siguiente manera:

(a) Percepción, creencias y actitudes. La imagen corporal implica la experiencia perceptiva del propio cuerpo y sus movimientos. En estas percepciones intervienen también aspectos culturales e interpersonales, muchas veces, aunque no siempre conscientemente, condicionados por normas culturales: nuestras creencias y actitudes respecto a nuestro cuerpo tienen su efecto en cómo percibimos nuestros cuerpos y los cuerpos de los demás. Este principio funciona en dos direcciones: la manera en que percibimos nuestros cuerpos y los cuerpos de los demás juega un papel activo en la conformación de nuestras percepciones. Por ejemplo, mi valoración negativa sobre una parte de mi cuerpo puede intervenir en mi experiencia perceptual o emocional del mundo (Gallagher, 2005).

El esquema corporal implica determinadas capacidades, aptitudes y hábitos motrices que gobiernan el movimiento tanto como el mantenimiento de la postura. La ejecución de los movimientos ocurre de manera casi automática, sin la necesidad de una percepción o conciencia corporal.

(b) Intención y conciencia corporal. En la imagen corporal siempre está implicada una intencionalidad en las acciones y un cierto grado de conciencia corporal que la sustenta. Aunque no todos los aspectos de la imagen corporal se experimentan de

⁷ í d q f { " k o c i g " c u " c * u q o g v k o g u " e q p u e k q w u + " u { u v g o " q h " r g t e g r v k q p u . " c v k v u d e s , b e l i e f s a n d d i s p o s i t i o n s p e r t a i n i n g t o p p g o u " q y p " d q f { 0

⁸ Body schema, in contrast, is a system of sensory-motor processes that constantly regulate posture and movement ó processes that function without reflective awareness or the necessity of perceptual monitoring.

manera consciente todo el tiempo, lo cierto es que la conciencia ayuda a formar el aspecto perceptivo de la imagen corporal.

Sin embargo, en el esquema corporal en sí no hay intencionalidad ni grado de conciencia. De hecho, en la mayoría de los casos la postura y los movimientos corporales no requieren tal conciencia corporal ni son el objeto de la conciencia.

(c) Representación parcial del cuerpo. La imagen corporal pone su conciencia en partes del cuerpo, es decir, la percepción, el pensamiento o la emoción implicados en la imagen corporal enfocan la atención en una representación abstracta y parcial del cuerpo. El esquema corporal, sin embargo, tiene una relación holística con el cuerpo: un pequeño cambio en la postura implica un reajuste global del cuerpo en que intervienen gran cantidad de sistemas musculares.

(d) Sentido de pertenencia del cuerpo y su relación con el entorno. La experiencia personal de la imagen corporal hace que sintamos que el cuerpo nos pertenece, como el cuerpo propio de cada uno/a. Este sentido de pertenencia corporal contribuye a nuestro sentido del *Self*⁹. El esquema corporal, por otro lado, funciona de forma anónima en que no hay implicación de la vida personal. Respecto a la relación con el entorno, el cuerpo consciente (imagen corporal) se representa como objeto diferenciado de su entorno, mientras que la relación del esquema corporal con el entorno se desarrolla de manera integradora: integra el cuerpo y sus posiciones y acciones en el entorno sin que haya una implicación de conciencia reflexiva.

3.2.1 Resumen.

Podemos decir que la imagen corporal está basada en una experiencia subjetiva, que se perfila a través de las percepciones (conscientes o no conscientes) que cada uno/a recibe de o a través de su propio cuerpo, el cuerpo de los demás y el medio en que se mueve. En estas percepciones juegan un papel activo, aunque no siempre consciente, las creencias y actitudes, muchas veces condicionadas por normas culturales. La imagen corporal, en la que siempre hay implicado un cierto grado de conciencia corporal, puede a la vez ser el resultado de experiencias intencionales (perceptivas, conceptuales, y emocionales) y el determinante operativo de estas experiencias.

⁹ Dosamantes-Beaudry (1997) define el término *Self* fg"nc" ukiwkgpv" ocpgtc<" õgn" v²t o k p q" *Self* se refiere a una estructura psicológica que a través de la experiencia adquiere cohesión y continuidad y adopta una forma característica y organizack»p" fwtcfgtcö" *r0352+ " *Vjg" vgt o" *self* refers to a psychological structure that through experience acquires cohesiveness and continuity and assumes a characteristic shape and enduring organization).

3.3 Las aportaciones de la Danza Movimiento Terapia (DMT)

3.3.1 Definición de DMT.

La Danza Movimiento Terapia, una disciplina dentro de las terapias creativas, se basa en el principio holístico de la indivisibilidad de cuerpo, mente y espíritu. Dentro del contexto psicoterapéutico utiliza el cuerpo y sus expresiones no verbales con el objetivo de *örtoqoxgt" nc" kpvgitcek»p" goqekqpcn." eqipkvkxc." h"ukec" {" uqekcn" fgn" kpfkxkfwqö"* (ADTA, 2014)¹⁰.

3.3.2 El modelo tripartito de Pylvänäinen.

En base a una revisión literaria del concepto de la imagen corporal, realizada desde los ámbitos de la filosofía, la psicología y la DMT, y en particular, después de un análisis de los conceptos fundamentales de Schilder referentes a la imagen corporal, Pylvänäinen (2003) nos ofrece su definición de la misma diciendo que la imagen *eqtrqtcn" öug" tghkgtg" cn" ewgtrq" eqoq" wpc" gz* experiencia psicológica que abarca tres aspectos: cualidades propias de la imagen, las sensaciones vividas, y la memoria *eqtrqtcn"ö"r0"67+*¹¹. Pylvänäinen identifica las sensaciones vividas, es decir, el contenido esencial del cuerpo vivido, con el yo corporal, siguiendo las líneas de pensamiento de Dosamantes-Alperson y Pallaro quienes en el contexto de la DMT investigaron sobre el concepto del *body-self* (el yo corporal). Pylvänäinen sostiene que cuando el concepto de la imagen corporal es diferenciado en estos tres aspectos: (a) las cualidades propias de la imagen¹², (b) el yo corporal¹³ y (c) la memoria corporal¹⁴, el significado psicológico del cuerpo y de las vivencias corporales cobra más claridad y permite abordar la experiencia corporal desde un punto de vista psicológico. Esta idea es fundamental para el trabajo en la DMT ya que la experiencia corporal no necesariamente tiene que transformarse en imagen mental o representación cognitiva antes de cobrar un significado psicológico, sino que tiene su significado psicológico en sí (Pylvänäinen, 2003).

3.3.2.1 Cualidades propias de la imagen.

¹⁰ American Dance Therapy Association defines dance/movement therapy as the psychotherapeutic use of movement to further the emotional, cognitive, physical and social integration of the individual.

¹¹ *í vjg* concept of body image refers to the body as a psychological experience that encompasses three aspects: image-properties, lived sensations, and body-memory. (2003, p. 45)

¹² Image-Properties (Pylvänäinen, 2003, p.39)

¹³ Body-Self (Pylvänäinen, 2003, p.39)

¹⁴ Body-Memory (Pylvänäinen, 2003, p.40)

“Cuando las cosas van bien (...) y la imagen corporal es verdadera, ésta coincide más con el aspecto real del cuerpo, con su representación mental y con cómo el mundo te percibe” (Chace, 1993 p. 352)¹⁵.

Las cualidades propias de la imagen se refieren (a) al aspecto del cuerpo, a cómo percibe una persona la apariencia de su cuerpo. El aspecto visual juega un papel importante aquí; (b) a las sensaciones corporales, la experiencia directa del cuerpo y (c) a las creencias que una persona tiene sobre su cuerpo. Estas creencias están influenciadas por idealizaciones y actitudes culturales (Gallagher, 2005; Dosamantes 1992).

Las cualidades propias de la imagen pueden ser expresadas de manera visual e interpretadas como algo que te pertenece, que rqugguk< rqt" glg o rnq. ñ o g" xgq" itcpfgö; ñvgpiq" gn" rgnq" nctiqö0" Ugi Àp" R{nx@p@kpgp"*4225+"guvg" curgevq" fg" nc" k o c i g p" eqtrqtcn" gu." en general, el que más se enfatiza en nuestra sociedad, lo que lo reduce a una idea superficial del concepto. Por ello, es importante que en la DMT se facilite al cliente la exploración de sus auténticas cualidades propias de la imagen.

3.3.2.2 El yo corporal.

“La imagen corporal está estrechamente ligada a las emociones y la acción, y su formación es ante todo una creación social” (Chace, 1993 p. 363)¹⁶.

Por el yo corporal entendemos el cuerpo vivido, lo que una persona es en su esencia, en vez de lo que posee (como en las cualidades propias de la imagen). El yo corporal es el sujeto de la experiencia vivida, es el autor de la experiencia, el que vive, siente, experimenta. Y al mismo tiempo es también el objeto de la experiencia, el que es vivido, sentido, experimentado: la dualidad de la imagen corporal del que también nos habla Gallagher. En su análisis del trabajo de Schilder, Pylvänäinen (2003) destaca el aspecto social del yo corporal, ya que Schilder (1987) jcdnc" fg" nc" õxkpewncek»p" sumamente estrecha entre nuestra imagen corpotcn{"nc" fg" nqu" fg o "uö"*r0 203). Esta idea coincide con la de Chace mencionada arriba. Pylvänäinen piensa que el aspecto interaccional de la imagen corporal es una calidad esencial del yo corporal: las personas actuamos dentro de y nos relacionamos con el mundo a través del cuerpo, antes que a través de una imagen de él o de las cualidades propias de la imagen. A través de la interacción con otras personas o con el entorno, surgen las emociones y las acciones.

¹⁵ Y jgp"vjkipiu" yqtm" ygmnm* í + "cpf"vjg"dqf{"k o c i g"ku" c"vtwg"qpg."kv"eqkpekfgu more with what the body actually looks like, what the mental image of the body is, and what the world looks at you as.

¹⁶ Body image is inseparably involved with emotions and action and its formation is primarily a social creation.

Las (inter)acciones y el movimiento constituyen la base del yo corporal. Sostiene Pylvänäipgp" *4225+ " swg" õgu" c" vtcx²u" fg" ñcu" ceekqpgu" swg" gn" {q" eqtrqtch" ug" hqt o c" {" vtcpuhqt o cö¹⁷ (p. 69+ {" swg" õc" vtcx²u" fgñ" o qxk o kgpvq" ug" tgncekqpc" eqp" gn" gpvqtpqö" *r() 50).¹⁸

La afectividad juega un papel importante: a través del yo corporal sentimos, percibimos y respondemos a la influencia afectiva de otros. Al mismo tiempo sentimos la influencia afectiva de otros a través del yo corporal, que se comunica a través del cuerpo. Este hecho es especialmente relevante para la DMT ya que un importante aspecto de la relación intersubjetiva está basado en el entonamiento afectivo que surge a través del movimiento interaccional.

3.3.2.3 La memoria corporal.

"La imagen corporal comprende aspectos característicos de toda nuestra vida" (Schilder en Pylvänäinen, 2003, p.50)¹⁹

En la memoria corporal interviene el cuerpo como contenedor de experiencias pasadas. Es el trasfondo para evaluar las sensaciones presentes y en ella se almacena el repertorio de movimientos respuesta. Pylvänäinen (2003) identifica tres dimensiones de memoria corporal: (a) La memoria corporal habitual se define como la presencia activa del pasado de una persona en su cuerpo; contiene las experiencias corporales (pasadas) en las acciones y rutinas del día a día; constituye la base de la historia vivida del cuerpo. En la DMT esta base, siempre presente, puede usarse para construir la experimentación continua del *Self* y fomentar un sentido de seguridad como también maneras de afrontar situaciones. (b) La memoria corporal traumática contiene sensaciones en el cuerpo de momentos de experiencias dolorosas; el cuerpo es fragmentado, lo que impide que tenga acciones espontáneas e integradas. La DMT ofrece vías directas para comunicar sobre los contenidos de la memoria corporal traumática ya que éstos pueden ser expresados a través del cuerpo. (c) La memoria corporal erótica funciona como contenedor de experiencias placenteras. Éstas están basadas en las interacciones con otras personas. Las interacciones placenteras tienen un efecto positivo en los contenidos afectivos de la memoria corporal, al mismo tiempo que ayudan a formar una imagen corporal y un sentido del *Self* positivos.

¹⁷ í "kv"ku"vj tqwi j "cevkqs that the body-self is shaped and transformed.

¹⁸ The body-self relates to the environment through movement.

¹⁹ Body image encompasses characteristic features of our whole life.

Según Pylvänäinen (2003) la memoria corporal y el yo corporal están estrechamente ligados: el yo corporal actúa en el presente y cada momento vivido es almacenado en la memoria corporal que, a su vez, conforma el trasfondo para evaluar el momento presente.

En DMT muchas veces emergen contenidos de la memoria corporal y la manera de trabajar con ellos es sintiendo, es decir, poniendo la atención en las sensaciones interiores, explorando a través del movimiento y describiendo las experiencias corporales (Pylvänäinen, 2003).

3.3.3 Otras aportaciones de la DMT.

Fg"ncu"rkqpgtcu"fg"nc"FOV."gu"uqdtg"vqfq"Octkcp"Ejceg"gp"uw"qdtc"tgeqrkncfc"õ*Selected Writings*ö"*3; ;5+"swkgp"jceg"tghgtgpek"c"nc"ko ci gp"eqtrqtcn0"Uqp"crqtvcekqpgu"xcnkqucu." escritas fundamentalmente desde un punto de vista práctico partiendo de su propia experiencia como danza terapeuta, ya que no teorizaba mucho sobre su trabajo. Para Chace (1993), la formación de la imagen corporal ante todo es una creación social, considerando que la imagen corporal se desarrolla a través de experiencias individuales en relación con los demás. La terapia grupal es para ella una oportunidad para que el paciente cree y construya su propia imagen corporal que en parte se elabora a través las acciones y actitudes de lo demás. El participar en actividades grupales ayuda a tomar conciencia de uno mismo/a (*Self*), experimentando emociones similares a los demás, comunicando con otros. Acciones y emociones están intrínsecamente relacionadas con la imagen corporal y la toma de conciencia de uno mismo: el simple hecho de moverte de manera rítmica ya te lleva a tomar conciencia de tu cuerpo y de la emoción que está detrás del movimiento. Chace (1993) también menciona como factores determinantes en la formación de la imagen corporal la piel y el espacio justo alrededor del cuerpo que actúan como una especie de extensión del cuerpo: las sensaciones justo debajo de la superficie de la piel constituyen la principal fuente de la imagen corporal. Tocando o frotando la piel y moviendo los músculos, delineamos la superficie de nuestro cuerpo. Esto ayuda al paciente a encontrarse en el espacio.

Algunas de las otras pioneras de la DMT hacen mención del concepto de la imagen corporal: según Trudi Schoop (Levy, 1988), la imagen corporal se construye ampliando el repertorio de movimientos, desarrollando una mayor conciencia corporal y

experimentando con diferentes actitudes posturales. Igual que Chace, Schoop empleaba ejercicios estructurados rítmicos para fomentar

(a) el control sobre uno mismo/a,

(b) el ganar confianza en el cuerpo y por consiguiente una identificación más profunda con el *Self* físico y

(c) el adquirir flexibilidad y fuerza para afrontar experiencias de la vida.

Alma Hawkins, otra de las pioneras de la DMT considera el sentir interior (*inner sensing*) como vehículo para conectar de nuevo con experiencias pasadas. A través de la relajación y el movimiento surge el yo corporal, que constituye la base para la imagen corporal, el ego corporal y los límites del cuerpo (Levy, 1988, p. 93). Para Hawkins es imprescindible tener un yo corporal *hwgtvg"rctc"rqfgt"tgncckqpctpqu"eqp"nqu"fg o "a u<"õPq"* podemos manejarnos bien con el entorno hasta que no haya una sensación de *Self* segura *eq o q"wp"cpencö"*Ngx{*, 1988. p.92).²⁰

*Vc o dk²p"Rcnnctq"*3 ; ; 8+"tgncckqpc"gn" {q"kpvgtkqt"eqp"ncu"gzrgtkgpeku"eqtrqtcngu<"õRctc"* experimentar e integrar las representaciones y las experiencias del *Self* (yo interior), es *cduqmwvc o gpvg"pgeguctkq"eq o gp|ct"fgufg"gn"ewgtrq" {"uwu"gzrgtkgpekuö"*r0 115).*²¹ En la DMT esto se traduce en facilitar al cliente la toma de conciencia de sensaciones corporales, explorando los límites de la piel y partes del cuerpo, encontrando nuevas maneras de mover estas partes, relajando las tensiones interiores y explorando sus propios ritmos corporales.

Dosamantes (1992) ve la imagen corporal como una especie de depósito para idealizaciones culturales. Ella destaca el aspecto social de la imagen corporal coincidiendo con las ideas de Chace (1993) y de Schilder (1987). Sostiene que el contexto social tiene una gran influencia en nuestra percepción de nuestros cuerpos y de nuestra manera de movernos. Además apunta que la construcción del *Self* en relación con otras personas es central en todas las culturas poniendo de relieve la influencia de la cultura en la construcción de la imagen corporal.

²⁰ *Yg"ecpøv"fgcn"xgt{"y gmn"ykvj"vjg"gpxtqp o gpv"wpvkn"vjgtg"ku"cu"ugewtg"ugpug"qh self as an anchor.* (Levy, 1988, p.92)

²¹ ** í +"kp" qtfgt"vq" * í +"kpvgitcvg"vjg"tgtrgugpvcvkqpu"cpf"vjg"gzrgtkgpegu"qh"qpgøu"qyp"kppgt"ugnh."kv"ku" cduqmwvgn{" necessary to start from the body and its experiences.*

3.3.4 Imagen corporal, movimiento y cambio en la psyche.

“La imagen corporal cambia constantemente” (Chace, 1993)²²

La relación entre el movimiento y la imagen corporal se manifiesta en tres niveles:

(a) A través del movimiento se experimenta la imagen corporal. Pallaro (1996) subraya que moviéndonos, interactuando con otros en experiencias como las de espejar, liderar y seguir, nos ayuda a tomar conciencia de nuestro yo corporal. La experiencia de sumergirse en los movimientos de otros (imitando) para luego diferenciarnos permite construir nuestra propia imagen corporal. Además la toma de conciencia de las emociones y estados mentales asociados a los movimientos interaccionales fomentará el sentido de sí mismo (*sense of Self*) (p.116).

(b) El movimiento produce cambios en la imagen corporal. Chace (1993) escribe que los cambios en la imagen corporal suponen un factor agradable en una personalidad sana e integrada y que el movimiento influye en la formación de la imagen corporal. Dosamantes (1992) suscribe esta idea relacionándola con el contexto social y el entorno, diciendo que, basándose en su experiencia como bailarina, danza terapeuta, psicóloga y psicoterapeuta sabe que nuestra imagen corporal cambia al movernos y la manera en que nos movemos depende del contexto social en el que nos encontramos; al interactuar con nuestro entorno, nuestra imagen corporal cambia como consecuencia de nuestra experiencia y en respuesta a ella.²³

(c) El movimiento produce cambios en la psique. Schilder (1987) opinaba que a través del movimiento, y especialmente al tensionar y relajar los músculos, podían producirse cambios en una actitud psíquica:

No cabe ninguna duda de que el aflojamiento de la imagen corporal acarrea consigo una actitud psíquica determinada. El movimiento influye, así, sobre la imagen corporal y lleva de un cambio en la imagen corporal del cuerpo a otro cambio en la actitud psíquica. (Schilder 1983, p.179)

Chace lleva esta idea a la práctica:

²² Body image changes constantly

²³ “y se moldean nuestros cuerpos como consecuencia de nuestra experiencia y en respuesta a ella.”

Como el movimiento influye en la imagen corporal, y un cambio en la imagen corporal lleva a un cambio en la actitud psíquica, entonces si puedes trabajar en movimiento una sensación de una imagen corporal distorsionada, esto cambiará tu actitud psíquica sobre ti mismo/a. (Chace, 1993, p. 357)²⁴

3.3.5 Resumen.

Uno de los fundamentos en que se basa la DMT, es la idea de la unión de cuerpo y mente. Identificar las experiencias corporales y las sensaciones internas y otorgarles un valor emocional es clave para la DMT. Pylvänäinen (2003) recoge las ideas tanto de las pioneras como de las generaciones posteriores elaborando su modelo en que identifica los tres aspectos de la imagen corporal. Diferenciar estos tres aspectos de la imagen corporal nos ayuda a clarificar el significado psicológico del cuerpo y sus expresiones no verbales lo que constituye una herramienta de gran utilidad para trabajar el concepto en la DMT. El modelo de Pylvänäinen distingue tres aspectos interrelacionados e igualmente importantes para trabajar en la DMT:

1. Cualidades propias de la imagen: el cuerpo, sensaciones corporales, aspecto físico, la percepción de uno mismo/a, las creencias y actitudes acerca de uno mismo/a.
2. Yo corporal: sensaciones internas, aquí juega un papel importante la (inter)acción y la emoción, el *social self* como el yo interpersonal, el *inner self* (el yo interior) y la afectividad; la imagen corporal se construye interactuando.
3. Memoria corporal: el cuerpo como contenedor de experiencias, punto de referencia para evaluar sensaciones actuales; en ella está guardado el repertorio de respuestas en movimiento.

Tanto Dosamantes (1992) como Pallaro (1996) y Chace (1993) destacan el aspecto social y de interacción como factor determinante para promover cambios.

²⁴ Since motion influences the body image, and a change in the body image leads to a change in the psychic attitude, then if you can work a feeling of distortion of a body image out in motion, this will change you psychic attitude about yourself. (Chace, 1993, p.357)

4. El estudio exploratorio

4.1 Presentación del estudio exploratorio

En este apartado intento encontrar una respuesta a dos preguntas relacionadas con el tema principal de esta tesina: 1. ¿Cómo ven, perciben y viven su cuerpo mujeres después de haber sufrido una mastectomía? y 2. ¿Qué puede aportar la DMT y de qué modo para mejorar una imagen corporal que ha sufrido intervenciones, como es el caso de mujeres mastectomizadas?

Las participantes en el primer encuentro fueron once, de edades entre 46 y 64 años, con un nivel socioeducativo medio alto. La mayoría recibió una intervención de carácter conservadora, solamente a tres se les hizo una mastectomía completa.

El cuestionario, que fue respondido por nueve participantes, consta de 39 preguntas repartidas en 8 apartados (ver anexo 1):

- A. Datos personales
- B. El cuerpo físico
- C. El cuerpo vivido
- D. Memoria corporal
- E. La mirada del otro
- F. Feminidad
- G. Consecuencias psicológicas
- H. La enfermedad

4.2 Resultados del cuestionario.

En el siguiente cuadro se reflejan en síntesis las respuestas de los nueve cuestionarios devueltos en que no todas responden a todas las preguntas.

4.2.1 Cuadro 1: Resultados del cuestionario

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
<i>A. Datos personales</i>									
A1 Edad	54	47	50	48	64	46	55	59	62
A2 Estado civil	Casada	Soltera	Casada	Casada	Separada	Soltera	Casada	Divorciada	Divorciada
A3 Hijos: edad	1: 33	No	2: 26 y 23	1:17	3: 32, 28 y 28	No	2: 28 y 21	2: 39 y 36	3: 41,40 y 37
<i>B. El cuerpo físico</i>									
B1 Energía: T (tarde) M (mañana)	T: cansada	T: cansada	T: cansada	T: a/v cansada M: más energía	T y M: con fuerzas	T: con fuerzas M: cansada	T: cansada	T: cansada	M: con energía
B2 Molestias brazo, hombro, otra parte	Espalda	Brazos	Sí	Brazo	Brazo	Brazo	Hombro	Sí	A veces
B3 Dificultad de movimiento	No	No	Sí	Brazo	Un poco	No	No	Sí	Alguna
B4 Apariencia delante del espejo: V (vestida) D (desnuda)	V:insatisfecha D:insatisfecha	V: con agrado D: con agrado	Insatisfecha	V: no mal D: es pasajero	V y D: con agrado y satisfacción	V: satisfecha D: satisfecha	V: con agrado D: con agrado	V: satisfecha	Normal
B5 Manera de vestir	Sí cambió	No cambió	No cambió	No cambió	No cambió	No cambió	No cambió	No cambió	No cambió
B6 Es capaz de ponerse ropa ajustada	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
B7 Partes del cuerpo que le gustan más (+) que le gustan menos (-)	+: nada	+: las manos	-: la cintura	+: los ojos -: pelo, uñas, pecho	+: todas	-: el abdomen		+: los pechos -: el abdomen	õOg"cegrvq" eq oq"uq{õ

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
¿Hay aspectos de su cuerpo que rechaza? ¿Cambiaría algo de su cuerpo?	No Todo	Que he engordado Bajar de peso.	Sí Sí	Nada Volver a tener mi melena, pecho, uñas.	No No	Estar más delgada.	No Quitar las varices.	Sí Sí	No No
<i>C. El cuerpo vivido</i> <i>C1 ¿Hace regularmente una actividad física? ¿Y antes de operarse?</i>	Sí Más	Deporte, caminar, piscina. Igual	Deporte, caminar. Menos	Caminar, gimnasia. Nada	Deporte, pilates, caminar Menos	Deporte Menos	Pilates Igual	Caminar Igual	Más
<i>C2 ¿Cómo se siente cuando se mueve?</i>	Bien	Bien	Bien	Bien, pero me canso mucho antes	Muy bien	Físicamente cansada, anímicamente realizada	Cansada		Bien
<i>C3 ¿Cómo define la relación con su cuerpo?</i>	Es el cuerpo que tengo para vivir	Me siento fuerte, mi cuerpo me da seguridad	Me aguanto con lo que tengo	Es el cuerpo que me toca vivir ahora, ya mejorará	Me siento fuerte, mi cuerpo me da seguridad		Por las tardes me siento cansada	Buena, aceptando que con los años se pierde energía	Me siento bien
<i>C4 ¿Siente incomodidad por su física en ocasiones?</i>	No	No	Sí	En la playa me imagino que sí	No, ninguna	Sí	No	No	No
<i>C5 ¿Ha cambiado su postura corporal?</i>	No	No	No	No	No	No	No	No	No
<i>C6 ¿Anda con más miedo por la vida?</i>	No	No	No	No	No	No	No	No	No

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
<i>C7 ¿Se relaciona con facilidad?</i>		Sí	Sí	Sí	Sí		Sí	Sí	No
<i>C8 ¿Ha cambiado la relación de pareja?</i>	Lo que conlleva la menopausia	No	No	La vida de pareja cambia porque tú cambias	No	No	No		Sí
<i>C9 ¿Tiene síntomas de la menopausia?</i>	Sí, fue inducida	Sí, sofocos, he engordado	Sofocos, +gorda menos líbido	Sofocos, menos líbido	Ya la he pasado	No	Los pasé		
<i>D. Memoria Corporal</i> <i>D1 ¿La experiencia de la enfermedad ha influido en cómo es. ahora? Aspectos positivos (P) Aspectos negativos (N)</i>	P: Das importancia a las pequeñas cosas que antes pasaban desapercibidas * N: miedo a tener que volver a pasar por ello.	P: Estoy más alegre, no discuto por tonterías, vivo todos los momentos que puedo. N: el aspecto del pelo.	P: Me dedico más a mí. N: los típicos de la enfermedad.	Dicen que tengo el mismo carácter. N: los momentos de tristeza se pasan en soledad para que los demás no sufran	P: Ser más positivo, dar importancia a lo que realmente la tiene. N: ninguno.	P: Ahora mismo no veo ninguno. N: me siento enmarcada por pertenecer a un grupo que nunca me imaginé pertenecer	P: Vivir el día a día. N: El cansancio que no me deja hacer todo lo que me gustaría	P: Sí ha influido y de forma positiva a la hora de valorar determinadas cosas.	P+N: algunas veces
<i>E. La mirada del otro/a</i> <i>E1 Actitud del entorno.</i>	Mi madre manifiesta preocupación; el resto tiene la misma actitud.	Misma actitud, aunque durante el proceso sentí mucho apoyo de familia.	Positivismo; Preocupación.	Mucho positivismo, lo que yo también he transmitido a ellos.		Positivismo	Positivismo		Preocupación
<i>E2 ¿Evita situaciones en las que puede ser observada?</i>	Siempre he evitado esas situaciones	No	No	Hasta el momento no	No	No	No	No	No
<i>E3 ¿Siente que falla a su pareja o entorno?</i>	No	No	Familia no, en el trabajo sí	No	No	No	No	No	No

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
<i>E4</i> Aspectos que otras personas valoran de Usted. ¿Qué no valoran?	No lo sé. No lo sé.	La sonrisa que siempre les doy El pronto que a veces tengo.	La positividad. No valoran el esfuerzo que hago por no decaer.	Mi humor a la hora de afrontar la enfermedad. No me han dicho.	Mi carácter, mi actitud ante la vida.	Mi fuerza.		Quizá la determinación.	No lo sé.
<i>F. Feminidad</i> <i>F1</i> ¿La enfermedad ha tenido influencia en su sentirse mujer? ¿Qué le hace sentirse mujer? ¿Qué no? <i>F2</i> ¿Ha recuperado el sentirse atractiva? <i>F3</i> ¿Cree que el cuerpo de las demás mujeres de su edad está mejor?	No Yo Nada Nunca he sido atractiva (jejej) Algunos sí, otros no.	No El arreglarme, la sensibilidad Sí Seguramente sí, pero hay que pasar lo que yo he pasado, así que estoy bien.	No A veces En general sí.	 Una se siente mujer siempre, aunque te falte esa parte Al 100% no Hay de todo. No me quejo de lo que tengo.	 Mi persona Nada Desde el primer momento. No, para nada.	No No No especialmente.	No Sentirme deseada Sentirme rechazada Sí No	No	No Sí No
<i>G. Consecuencias psicológicas.</i> <i>G1</i> ¿Sufre cambios anímicos desde la operación? <i>G2</i> ¿Sufre depresión o ansiedad?	Sí Depresión, ansiedad	Sí No	Sí Ansiedad	No No	No No	Sí, pero en momentos que me siento mal físicamente. Ansiedad en momentos puntuales.	No	No No	A veces No

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
<p><i>G3</i> ¿Ha aceptado tanto la enfermedad como el cuerpo imperfecto? ¿Qué necesita para que así sea?</p> <p><i>G4</i> Afirmaciones que se le pueden aplicar.</p>	Sí	Sí	Sí	<p>La enfermedad la aceptas y el cuerpo se corrige.</p> <p>La reconstrucción.</p> <p>La apariencia corporal es muy importante para mí</p>	<p>Sí</p> <p>Por ahora nada, estoy perfecta.</p> <p>Me siento a gusto dentro de mi cuerpo. Me es fácil relajarme físicamente. La apariencia corporal es muy importante.</p>	Me siento tensa en mi cuerpo.	Sí	Sí	Sí
<p><i>H. La enfermedad</i> <i>H1</i> ¿A qué edad se detectó el cáncer de mama?</p> <p><i>H2</i> ¿Qué tipo de intervención le han realizado?</p> <p><i>H3</i> ¿Le han extirpado los ganglios de la axila?</p> <p><i>H4</i> ¿Qué tratamiento ha recibido?</p>	<p>47</p> <p>Mastectomía conservadora a una mama.</p> <p>No</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Terapia</p>	<p>45</p> <p>Mastectomía conservadora a una mama.</p> <p>Sí</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Terapia</p>	<p>48</p> <p>Mastectomía conservadora a una mama.</p> <p>Sí</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Terapia</p>	<p>47</p> <p>Mastectomía completa a una mama.</p> <p>Sí</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Terapia</p>	<p>50 y 60</p> <p>1. Mastectomía completa a una mama. 2. Mastectomía conservadora a la otra mama.</p> <p>Sí</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Terapia</p>	<p>46</p> <p>Mastectomía conservadora a una mama.</p> <p>El centinela</p> <p>Quimioterapia Radioterapia</p>	<p>53</p> <p>Mastectomía conservadora a una mama.</p> <p>Sí</p> <p>Quimioterapia Radioterapia</p>	<p>48</p> <p>Mastectomía completa a una mama.</p> <p>Sí</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Terapia</p>	<p>58</p> <p>Mastectomía conservadora a una mama.</p> <p>No</p> <p>Quimioterapia Radioterapia Terapia</p>

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
<p><i>H5</i> ¿Cuánto hace que terminó los tratamientos? Sigo en tratamientos.</p> <p><i>H6</i> ¿Se ha reconstruido la mama? ¿Se plantea la reconstrucción?</p> <p><i>H7</i> ¿Le ha salido un linfedema? ¿Hace ejercicios para evitarlo?</p>	<p>hormonal</p> <p>6 meses el tratamiento hormonal</p>	<p>hormonal</p> <p>Terapia hormonal</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>Sí</p>	<p>hormonal</p> <p>Terapia hormonal</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>No</p> <p>Sí</p>	<p>hormonal</p> <p>Terapia hormonal</p> <p>No</p> <p>Sí</p> <p>No</p> <p>Sí</p>	<p>hormonal</p> <p>Sí</p> <p>Sí</p>	<p>Quimio- y radioterapia</p>	<p>Hace 1 año</p> <p>No</p> <p>Sí</p>	<p>hormonal</p> <p>Hace 6 años</p> <p>Sí</p> <p>No</p> <p>No</p>	<p>hormonal</p> <p>Terapia hormonal</p> <p>No</p>

4.2.2 Resultados del cuestionario por apartados

Apartado	Descripción
<i>Los datos personales</i>	De las nueve mujeres, seis están en el tramo de 46 a 55 años de edad y tres entre 56 a 64; cuatro están casadas con hijos, tres separadas o divorciadas con hijos y las dos más jóvenes son solteras sin hijos.
<i>El cuerpo físico</i>	<p><i>Energía:</i> la mayoría (6) manifiesta estar cansada por la tarde y tener más energía por la mañana; en un caso es al revés y en otro se siente con fuerzas mañana y tarde.</p> <p><i>Molestias:</i> Todas sienten molestias, sobre todo en el brazo (4), hombro (1) y espalda (1). Cinco tienen dificultades de movimiento a raíz de la operación.</p> <p><i>Autoimagen:</i> vestidas, casi todas (7) se ven normal o con agrado, mientras dos con insatisfacción; desnudas, cuatro se ven con agrado o satisfacción, dos con insatisfacción y una con resignación: “<i>lo veo como algo pasajero</i>”.</p> <p><i>Cambios en la manera de vestir:</i> a casi ninguna les ha cambiado la manera de vestir y la mayoría (6) son capaces de ponerse ropa ajustada, mientras que tres manifiestan que no.</p> <p><i>Aceptación de su imagen:</i> cuatro rechazan algún aspecto de su cuerpo y a siete les gustaría cambiar algo de su cuerpo: estar más delgada (2), recuperar melena, pecho y uñas (1) y cambiar todo (1).</p>
<i>El cuerpo vivido</i>	<p><i>Actividad física:</i> casi todas (8) hacen regularmente algún tipo de actividad física, siete hacen ahora más o igual que antes de la operación y dos hace ahora menos. Seis se sienten bien cuando se mueven, dos cansadas.</p> <p><i>Relación con su cuerpo:</i> cuatro definen la relación con su cuerpo como buena o fuerte; tres manifiestan resignación: “<i>simplemente es el cuerpo que tengo para vivir</i>”, “<i>me agunto con lo que tengo</i>”, “<i>es el cuerpo que me toca vivir ahora</i>”; una manifiesta que el cansancio por la tarde le impide hacer todo lo que le gustaría hacer. Tres sienten incomodidad por su físico en ocasiones mientras que seis manifiestan que no.</p> <p><i>Cambios en la postura corporal:</i> nadie ha sufrido cambios en la postura corporal después de la operación.</p> <p><i>Miedo o inseguridad:</i> todas manifiestan que no andan con más miedo o inseguridad por la vida.</p> <p><i>Relación social:</i> la mayoría (6) manifiesta que se relaciona con facilidad, (1 no); a ocho no les cuesta salir de casa, mientras a una sí.</p> <p><i>Relación de pareja/relaciones íntimas:</i> cinco manifiestan que no ha cambiado la relación de pareja, a tres sí.</p> <p><i>Síntomas de menopausia:</i> cuatro indican que tienen sofocos, aumentaron de peso y tienen menos libido; dos ya pasaron por ello y no tienen ningún síntoma.</p>

Apartado	Descripción
	<p><i>Perspectiva de futuro en el caso de no tener hijos:</i> de las dos participantes sin hijos una contesta que no ha cambiado su perspectiva o impulso vital.</p>
<p>Memoria corporal: la influencia de la enfermedad en el carácter, la manera de ver la vida.</p>	<p><i>Aspectos positivos:</i> cinco dan más importancia a las pequeñas cosas: “<i>el sol sobre la piel, las estrellas, la sonrisa de los niños, etc</i>”, son más positivas, viven la vida en su plenitud o valoran el vivir el día a día. Una se dedica más a si misma; una sigue igual; una no ve nada positivo.</p> <p><i>Aspectos negativos:</i> entre los aspectos negativos que señalan, destaco: “<i>tener miedo a tener que volver a pasar por ello</i>”; el aspecto del pelo que le ha quedado; el cansancio; “<i>me siento enmarcada por pertenecer a un grupo que nunca me imaginé pertenecer</i>”; “<i>no vivir los momentos de tristeza en soledad para que los demás no sufran</i>”.</p>
<p>La mirada del otro</p>	<p><i>El entorno en general:</i> la mayoría siente que el entorno muestra una actitud positiva y/o de apoyo (6) aunque en algunos casos también han sentido preocupación (2).</p> <p><i>Evitar ciertas situaciones:</i> ocho no evitan situaciones en las que pueden ser observadas, mientras que una señala que sí (pero de siempre).</p> <p><i>Sensación de fallar al entorno:</i> ninguna siente que falla a su pareja, aunque una sí en el trabajo.</p> <p><i>Aspectos personales que valora el entorno:</i> dos no saben lo que valoran otras personas de ellas; las otras señalan: “<i>positividad</i>”, “<i>la sonrisa</i>”, “<i>el buen humor</i>”, “<i>la fuerza que tengo</i>”, “<i>mi determinación</i>”, “<i>mi carácter</i>”, “<i>mi actitud ante la vida</i>”.</p> <p><i>Aspectos personales que no valora el entorno:</i> siete no saben (o no contestan) lo que no valoran otras personas de ellas. Una contesta: “<i>el pronto que a veces tengo</i>” y otra: “<i>no valoran el esfuerzo que hago por no decaer</i>”.</p>
<p>La feminidad</p>	<p><i>Sentirse mujer:</i> siete manifiestan que la enfermedad no ha tenido influencia en su sentirse mujer. Tres señalan además que ellas mismas (“yo”, “mi persona”) les hace sentir mujer o que siempre se sienten mujer; otras mencionan “<i>el arreglarse</i>”, “<i>la sensibilidad</i>”, el “<i>sentirse deseada</i>”, frente al “<i>sentirse rechazada</i>” como motivo para no sentirse mujer. Una menciona que aunque le falta una parte es capaz de sentirse mujer.</p> <p><i>Sentirse atractiva:</i> cuatro dicen que sí han recuperado el sentirse atractiva, mientras tres dicen que no o no al 100%.</p> <p><i>Aceptación del propio cuerpo:</i> cuatro no creen que el cuerpo de las mujeres de su edad está mejor, mientras una que sí; tres opinan que</p>

Apartado	Descripción
	algunos sí, otros no.
Consecuencias psicológicas relacionadas	<p><i>Estado anímico:</i> más de la mitad (5) sufren cambios anímicos. Además tres de ellas sufren ansiedad y/o depresión (una señala en momentos puntuales).</p> <p><i>Aceptación de la enfermedad y el cuerpo “imperfecto”:</i> la mayoría (7) manifiesta que han aceptado tanto la enfermedad como el cuerpo</p> <p><i>Afirmaciones relacionadas con la vivencia del cuerpo:</i> cinco afirman que se sienten a gusto con su cuerpo; tres que les es fácil relajarse; una que tiende a ocultar su cuerpo; una señala que la apariencia corporal es muy importante para ella; una que se siente tensa en su cuerpo y una que hay cosas de su cuerpo que no le gustan.</p>
La enfermedad	<p><i>Detección del cáncer de mama:</i> a dos hace 14 años; a una hace 7 años; a tres hace entre 2 y 3 años; a dos hace 1 y 2 años; a una hace 6 meses.</p> <p><i>Tipo de operación:</i> a seis la operación fue conservadora y a tres una mastectomía completa. Una pasó por dos intervenciones en las dos mamas con un intervalo de 10 años.</p> <p><i>Extirpación de ganglios:</i> a seis les extirparon los ganglios, a dos no, a una sólo el centinela.</p> <p><i>Tratamientos:</i> Todas han pasado por la quimioterapia y la radioterapia, siete están o han estado con tratamiento hormonal; una está en tratamiento de quimio y radio.</p> <p><i>Reconstrucción de la mama:</i> de las tres mastecomizadas de la mama entera, dos se han reconstruido la mama, la otra se plantea la reconstrucción.</p> <p><u>Linfedema:</u> solamente a una de las participantes le ha salido un linfedema; cinco hacen ejercicio para evitar que aparezca, una no.</p>

4.3 Análisis del cuestionario en base a los tres aspectos de la imagen corporal

4.3.1 Cualidades propias de la imagen.

B2, B3 y F3: Todas tienen molestias en el brazo, en el hombro o en la espalda y la mayoría manifiesta tener dificultad de movimiento a raíz de la operación. Cuatro tienen síntomas de la menopausia (sofocos, aumento de peso, menos líbido).

B4 y B7: En general manifiestan buena aceptación de su imagen en el espejo, siete se ven bien, con agrado o satisfacción tanto vestidas como desnudas y dos están insatisfechas con su imagen. Sin embargo, a casi todas (7) les gustaría cambiar algo de su cuerpo, aunque no todas especifican el qué: dos manifiestan querer estar más delgada y a una le gustaría cambiarse entera; una menciona el deseo de volver a tener su melena, pecho y uñas y otra el quitar sus varices. El tema de estar más gorda vuelve varias veces.

4.3.2 Yo corporal.

B1: Casi todas se sienten cansadas por la tarde, solamente una, la mayor y más veterana se siente con fuerzas mañana y tarde.

C1, C2, C3, C7, E1: En general observo que tienen buena relación tanto con su cuerpo como con el entorno: hacen actividad física, se sienten bien cuando se mueven y definen la relación con su cuerpo como buena, aunque tres claramente con resignación y dos señalando de nuevo el cansancio. Casi todas se relacionan con facilidad y sienten apoyo de su entorno aunque algunas también preocupación.

G4: También de las afirmaciones se desprende que la mayoría se siente a gusto dentro de su cuerpo aunque, de nuevo, hay tres que manifiestan percepciones negativas acerca de su cuerpo; *“Hay cosas de mi cuerpo que no me gustan”*, *“Tiendo ocultar mi cuerpo”*, *“Me siento tensa en mi cuerpo”*.

4.3.3 Memoria corporal.

D1: Respecto a los aspectos positivos que ha traído la enfermedad, en general se valoran más las pequeñas o determinadas cosas, las cosas que realmente tienen importancia y el vivir el día a día o vivir la vida en su plenitud; *“Das importancia a las pequeñas cosas que antes pasaban desapercibidas (el sol sobre la piel, las estrellas, la sonrisa de los niños etc”)*. La más joven y recién operada y en pleno proceso de quimio- y radioterapia no ve ningún aspecto positivo. Y como aspectos negativos mencionan el miedo a volver que pasar por ello, los momentos de tristeza que se pasan en soledad, el cansancio, aspecto del pelo y en E4 el no valorar del entorno el esfuerzo que hace ella por no decaer.

G1 y G2: Me parece importante señalar que cinco sufren cambios anímicos desde la operación y tres de ellas también ansiedad. Estas últimas son también las que señalan aspectos negativos de su cuerpo (G4) y especialmente dos de ellas (participante 1 y 3) muestran una imagen corporal más negativa: insatisfechas con su apariencia (B4): las dos cambiarían algo o todo de su cuerpo (B7) que aceptan con resignación (C3), sienten preocupación de su entorno (E1) y creen que el cuerpo de las demás mujeres de su edad está mejor en general o a veces (F3). No se sienten atractivas o solamente a veces (F2).

A modo de ilustrar cómo puede cambiar el grado de afectación de la enfermedad dependiendo de en qué momento del proceso se encuentre la afectada, describo aquí dos perfiles: de la mayor y más veterana (participante 5) y de la más joven y recién operada (participante 6).

Participante 5. Mujer de 64 años, separada con tres hijos, que pasó dos veces por la misma enfermedad con un intervalo de diez años. La primera operación fue mastectomía completa de una mama que se le han reconstruido y la segunda operación fue conservadora en la otra mama. Tiene linfedema en un brazo en que siente molestias. Ella manifiesta que no sufre cansancio sino que tiene fuerzas tanto por la mañana que por la tarde. Se ve con agrado y satisfacción en el espejo y le gusta como es, se siente mujer y atractiva desde el primer momento después de la operación, ha aceptado su enfermedad y su cuerpo perfecta.

Estamos ante el perfil de una mujer que se demuestra fuerte y segura de sí misma, que ha superado el trauma de la enfermedad que afirma que le ha aportado aspectos positivos.

Participante 6. Mujer de 46 años, soltera y sin hijos, a la que hace unos seis meses le detectaron el cáncer de mama con lo que está en pleno proceso de tratamientos. Está con quimio- y radioterapia. Manifiesta que por la mañana está cansada pero se encuentra con fuerzas por la tarde. Se ve con satisfacción en el espejo pero le gustaría estar más delgada. La enfermedad no ha tenido influencia en su sentirse mujer pero no ha recuperado el sentirse atractiva. Se siente cansada cuando se mueve aunque anímicamente realizada y siente incomodidad por su físico en ocasiones. Ahora mismo no ve ningún aspecto positivo en el hecho de tener esta enfermedad, sufre cambios anímicos cuando físicamente está

dclc" {" cpukgfcf" gp" o q o gpvqu" rwpvwcngu0" Pq" eqpvguvc" c" nc" rtgiwpvc" öäe» o q" fghkpg"nc"tgncek»p"eqp"uw"ewgtrqAö."pk"uk"jc"cegrvcfq"nc" gphgt o gfcf" rgtq"chkt o c" que se siente tensa en su cuerpo.

A mi entender este último es el perfil típico de una mujer recién operada y en proceso de tratamientos. La quimioterapia causa un desequilibrio tanto físico como mental que explica el cansancio, la no relación con el cuerpo y los cambios anímicos y momentos de ansiedad.

Para entender la relación que guarda el estado anímico con la percepción de la imagen corporal, describo aquí otro perfil de una de las participantes que sufre depresión y ansiedad.

Participante 1. Mujer de 54 años casada con un hijo. Le detectaron el cáncer a los 47 años, la intervención fue conservadora a una mama y hace seis meses que terminó el tratamiento hormonal. Manifiesta que está cansada por la tarde y que tiene molestias en la espalda. Está insatisfecha con su imagen en el espejo tanto vestida como desnuda, no le gusta ninguna parte de su cuerpo y de hecho se cambiaría entera. Demuestra resignación al definir la relación con su cuerpo (*“Es el cuerpo que tengo para vivir”*). La enfermedad no ha tenido influencia en su sentirse mujer pero, en un tono de risa, declara que nunca ha sido atractiva. Aunque señala que no anda con más miedo por la vida, y que ha aceptado la

gphgt o gfcf" vcpvq" eq o q" gn" ewgtrq" ök o rgtghevqö." vc o dk²p" o gpekqpc" swg" vkpgpg"

miedo a tener que volver a pasar por la enfermedad. En las afirmaciones señala que hay cosas de su cuerpo que no le gustan. Manifiesta que desde la operación sufre cambios anímicos y también sufre depresión y ansiedad.

De este perfil se desprende la relación clara que existe entre un cuadro depresivo y una imagen corporal negativa. Es probable que aquí se junten una percepción negativa de sí misma de antes de la operación con el impacto y las consecuencias psicológicas de la enfermedad.

4.4 El taller

El taller tiene lugar en una sala luminosa de un centro de yoga en el centro de León. De las 11 participantes que asisten el primer día, acuden 10 el segundo sábado. Una no pudo asistir ese día por un tema de salud.

4.4.1 El proceso de las sesiones.

4.4.1.1 Primera sesión.

Desde el primer momento hay un ambiente alegre y distendido. La mayoría se conocen de la asociación, dos me conocen solamente a mí y una es conocida de una de ellas. Cuando están todas (11 participantes) les doy la bienvenida, agradeciendo su participación y les explico en que consiste el taller: básicamente el explorar aspectos de la imagen corporal. El primer taller lo enfocamos en la toma de conciencia corporal, el cuerpo físico en quietud y en movimiento y en relación con otras personas.

Dinámica 1. Conocernos

- (a) Para entrar en materia y con el objetivo de conocernos y aprendernos los nombres, cada una dice su nombre completo y hacemos un movimiento que todas repetimos haciendo el mismo movimiento. Salen muchas palabras. "o q x k o k g p v q u" t g f q p f q u" e q p" o " a u" q" menos adorno. Letras grandes, pequeñas, diferentes calidades de movimientos; también hay líneas rectas: E, F, T. Una escribe su nombre completo.
- (b) Seguimos de pie en círculo y pasamos el balón diciendo el nombre de la persona a quien va dirigido el balón. Participante 5., la mayor y dos veces operada, le da muy fuerte. El balón se escapa, risas.

Dinámica 2. Calentamiento. Tomar conciencia de nuestro cuerpo y del espacio.

- (a) Caminamos por el espacio poniendo la atención en el cuerpo: la planta de los pies, articulaciones, cuello, hombros, la respiración. Tomando conciencia del espacio. Aunque yo les diga que usen todo el espacio, terminan caminando en círculo.
- (b) Empezamos a buscar los huecos entre dos personas, pasando por el medio. Esther no se corta y va en líneas rectas por el medio, Participante 8, menos decidida, se queja que no le dejan espacio. Les animo que cojan su espacio. Abrimos el círculo, y, un poco más rápido, volvemos a ocupar el espacio del centro. Algunas se entregan completamente a este juego, otras se quedan más en la periferia, tomando precaución por no golpear el brazo o la mano. Participantes 5 y 3 se quieren marear algo y paramos la dinámica. Hacemos un ejercicio de respiración, levantando los brazos, para volver a la calma y combatir el mareo.

Dinámica 3. Explorar los límites del cuerpo y las articulaciones.

- (a) Nos ponemos en parejas, una coge una postura en el suelo. La otra camina alrededor de ella, marcando la silueta. Este ejercicio, tomado de una dinámica del Método de Feldenkrais, sirve para tomar conciencia de los límites del cuerpo en un plano bidimensional y coincide con la idea que aporta Chace (1993) sobre la relación directa entre el espacio inmediatamente alrededor del cuerpo y la imagen corporal. Este ejercicio requiere concentración para las que caminan, para no caerse o pisar la compañera. Y confianza para las que están en el suelo. Esther quien le tocó conmigo, está callada, hace un esfuerzo enorme para aguantar y no ponerse nerviosa. Cambiamos varias veces de postura.
- (b) Mantenemos la misma dinámica: ahora manipulamos a las que están en el suelo, doblando articulaciones formando una escultura con el cuerpo. Exploran, cambian de postura, las que están en el suelo se dejan manipular. En general, lo que más se dobla son las articulaciones de los brazos y las piernas. Muñecas, dedos, tobillos o cabeza apenas fueron objeto de exploración.

Dinámica 4. El Lazarillo: explorar la confianza, la resistencia y la aceptación.

Ngu"rtqrqpiq"ecodkct"fg"rctglc"rctc"jcegt"gn"õNc|ctkmnqö0" Wpc" fg"nc" rctgja pone la mano sobre el hombro de la otra que empieza a guiarla por el espacio. Les digo a las que están siendo guiadas que cuando se sientan seguras cierren los ojos. Se van callando, veo caras serias, tensas. Participante 4 va con el brazo libre extendido hacia dencpvg" rqt"uk"ug"ejqec0"U»nq"jc{"wpc"eqnw o pc"gp"nc"ucnc" rgtq"gnnc"õxg"eqnw o pcu" rqt" vqfcu" rctvguö0"Gp"igpgtcn" xcp"eqp"okgfq" rgtq"jcegp"gn"guhwt|q"fg"pq"cdtk"nqu"qlqu"{" dejarse llevar. Las que ven, siguen hablando, entiendo para tranquilizar a las compañeras que van con los ojos cerrados. Les digo que usen todo el espacio y que varíen el tempo y el recorrido. Luego comentan que al ir con los ojos cerrados, les cambia la perspectiva del espacio.

Pausa

La pausa sirve para compartir temas en común; las que no pertenecen a la asociación se integran con naturalidad. Se habla de las actividades que se están organizando a través de la asociación: el programa exhaustivo de actividades físicas para operadas de cáncer de mama de un estudio de la universidad; el cocido en un pueblo de la montaña el 8 de marzo.

Dinámica 5. Explorar apoyos y tomar conciencia de partes del cuerpo.

Nos hemos quedado algo frías ya que la temperatura del pasillo donde se toma el piscolabis está más baja. De vueltas a la sala se arriman todas a los radiadores. Decido hacer un juego dinámico que estaba previsto para antes de la pausa, para entrar en calor. (a) Pongo música y ellas se desplazan por toda la sala. Al parar la música les digo partes del cuerpo (mano con mano, hombro con hombro etc.) y se tienen que buscar una(s) compañera(s) para juntar aquellas partes. Se sueltan, se forman dúos, tríos, cuartetos. (b) En parejas: exploramos los apoyos con las manos, los hombros; cuánto peso dejo, cuánto puedo recibir. Este ejercicio hay que hacerlo con precaución ya algunas tienen molestias en el brazo o el hombro. La espalda, la parte del cuerpo de la que menos conciencia tenemos, es más segura y reconfortante y muy agradecida a la hora de explorarla. Nos sentamos espalda con espalda con la idea de escuchar la de la compañera, su respiración, qué es lo que transmite, calor, frío. Momento de silencio. Luego vamos dando y recibiendo peso a través de la espalda. Sentir el peso corporal de otra persona en nuestro cuerpo ayuda a situarnos a nosotras mismas y a formar nuestra koci gp"eqtrqtcn."q"eqoq"nq"fguetkdg" Ejceg"*3;;5+<"õGu" c" vtcx²u" fg"nc" fgrgpfgpekc"

temporal del cuerpo del terapeuta que el paciente puede volver y ser capaz de usar su
rtqrkq"ewgtrq"rctc"etgct"uw"ko cigp"eqtrqtcnö"*r0"586+²⁵

Dinámica 6. Relajación y conciencia corporal. Exploración de la respiración y de sensaciones internas.

A través del chequeo de las partes del cuerpo (*bodyscan*) (Maley, 2002) tomamos conciencia de nuestro cuerpo, las articulaciones, las partes que tocan el suelo y las que no y de la respiración; si respiramos abajo o arriba; de manera profunda o superficial. Les ofrezco la imagen de la playa, la huella que deja nuestro cuerpo en la arena. Se quedan tan relajadas que cuando les sugiero que se vayan moviendo, empezando por los tobillos y muñecas para llegar a mover todo el cuerpo hasta incluso ponernos de pie, lo hicieron mentalmente. Entonces y viendo el tiempo que nos queda aprovecho este momento para introducir la siguiente dinámica.

Dinámica 7. Exploración de la imagen corporal mediante el dibujo: dibujarnos a nosotras mismas.

Aprovechando que están todas sentadas en el suelo, distribuyo las hojas en blanco. Son de DinA3 y a Participante 5 le parece demasiado grande. La dobla y la corta a la mitad. Pongo en el centro el material para dibujar. Noto algo de consternación e inseguridad por la idea de tener que dibujar porque la mayoría piensa que no sabe. Les explico que no se trata de hacer obras maestras sino de dibujar cada una a sí misma. No digo más para no inducir y para que salgan dibujos lo más espontáneos posibles. Se ponen manos a la obra. Participante 10, que dibuja muy bien, se dibuja como una niña monísima con vestido y con una melena hermosa (se parece más a cómo era ella antes de la operación, ahora todavía va con peluca) y las manos atrás. Participantes 4 y 8 también ponen las manos atrás. Participante 5 que lleva el pelo muy cortito se pone algo de melena. Las demás se dibujan con los rizos que les han salido después de la quimioterapia. Casi todas recalcan las dos mamas (la mayoría conserva la mama operada), menos Participante 4 (mastectomizada completa de una mama) se dibuja con solamente una y Participante 6 (recién operada y en pleno proceso de tratamientos) se dibuja como una extraterrestre calva, sin formas y sin manos ni pies. Al pedirles que pongan una palabra que refleje su estado de ánimo, ella pone "E.T". Otras palabras que

²⁵ It is through this temporary dependency on the body of the therapist that the patient can come back and be able to use his own body to create his own body image.

surgen son: “Yo”, “Bienestar”, “Esperanza”, “Espectacular”, “Bien”, “Paz”, “Tranquilidad”, “Mejorando”. Casi todas se dibujan sonriendo, menos Participante 3 (triste), Participante 10 (cara inexpresiva de muñeca) y Participante 6 (E.T).

El cierre.

Para terminar bailamos dos bailes en círculo: el Pescador y la Biserka (danza serbia). Como hemos visto anteriormente, los bailes en círculo fomentan la cohesión y el sentimiento de pertenencia al grupo, como también un sentido de compañerismo y bienestar, por lo que es muy apropiado para terminar la sesión. El Pescador está basado en una canción popular colombiana a la que he añadido movimientos ondulados, redondos y gestos como ofreciendo al círculo. En la Biserka les enseño los pasos: hacia los lados y hacia delante (hacia el centro del círculo) y hacia atrás. Bailamos esta danza cogidas de las manos, apoyándonos unas en otras.

Después de los bailes nos quedamos unos minutos más, intercambiando impresiones. Noto que necesitan mucho juntarse y pasárselo bien. Hablar y ser escuchadas por las únicas que las entienden que son las compañeras que han pasado por lo mismo.

4.4.1.2 Segunda sesión.

Al entrar me entregan los cuestionarios las que faltaban por entregar. Luego veo que me falta una. Hoy no ha venido Participante 11 y son 10 las participantes.

Check-in. Tomar contacto con el grupo y con una misma.

- (a) Les doy la bienvenida y propongo hacer un saludo en círculo tipo Chace: siguiendo el orden del círculo, cada una realiza un saludo en movimiento al que todos respondemos también en movimiento. Salen movimientos amplios, otros pequeños, unos más libres, otros se quedan en gestos; miradas tímidas, bloqueos. Hay risas, comentarios, se percibe un ambiente jovial.
- (b) Para tomar contacto cada una consigo misma hacemos un ejercicio de brazos. Es un ejercicio de tai-chi que combina movimientos de brazos con un pequeño balanceo y con la respiración. Se necesita concentración. Les explico que viene muy bien para recuperar la movilidad del brazo tocado y para evitar que surja un linfedema. Lo hacemos en silencio, cada una concentrada en lo suyo.

Dinámica 1. Masaje. Sentir el cuerpo físico.

Nos ponemos en parejas de pie para darle a la compañera un masaje por todo el cuerpo. Los estímulos sobre la piel constituyen las principales sensaciones en la formación de la imagen corporal (Chace, 1993), y el masaje nos sirve para tomar contacto con nuestro cuerpo físico. Como son pares hoy puedo observar desde fuera y dirigir el masaje, aunque cada una lo hace de forma distinta. Todas disfrutan de este momento y se relajan.

Dinámica 2. Calentamiento: tomar conciencia del espacio personal

Para ponernos en movimiento hacemos un calentamiento in círculo. Tomamos conciencia del suelo, la gravedad, la verticalidad, pasando por todas las articulaciones. Exploramos la kinesfera personal con la imagen de estar metida en un globo, haciéndole formas con todo el cuerpo usando los tres niveles. Poniendo la atención en la kinesfera personal estamos al mismo tiempo tomando de nuevo conciencia de los límites del cuerpo y del espacio inmediatamente alrededor, esta vez en movimiento, en acción, y por consiguiente también de la imagen corporal.

Dinámica 3. Calidad de movimiento. El peso liviano –firme.

De las cuatro calidades de movimiento o esfuerzos y tal como las describe Rudolf Laban, el peso es la más física, en la que interviene de manera implícita el tono muscular. Para realizar un movimiento con peso firme (en forma de presión o resistencia) predomina la tensión muscular, y, por lo contrario, cuando se experimenta un movimiento con peso liviano la presión disminuye y predomina la relajación muscular (Moore, 2009). Gp" v²t o k p qu" fg" cp^ankuku" fg" õeffort-shapeö" fg" Ncdcp" {" ncu" características psicológicas correlacionadas de Irmgard Bartenieff, la calidad de movimiento del peso está relacionada eqp" gn" ugpvkfq" fg" õSelfö y la baja autoestima (Stanton-Jones, 1992). Og" rctgeg" wpc" dwgpc" qecuk»p" rctc" gznqtct" gn" õBody-Selfö." gn" {q" corporal, como uno de los tres aspectos de la imagen corporal. Para transmitir la sensación del peso liviano trabajamos primero con unos globos hinchados, resaltando la delicadeza, la ligereza del movimiento y del esfuerzo. Después buscamos la misma sensación moviéndonos sin globo. Les doy imágenes. Para sentir el peso firme nos ponemos en parejas e intentamos empujar la pareja de su sitio. Luego sin pareja parece que cuesta más concretar el movimiento a pesar de las imágenes que voy dando y al dividir el grupo en preferencia de movimiento, la mayoría (7 de 10) considera que su

peso es el liviano y se inclina por este grupo. Pongo música para unificar en movimiento los dos grupos de nuevo.

Dinámica 4. El espejo: te veo, me veo en ti.

En parejas frente a frente: una dirige el movimiento, la otra la sigue. A Participante 6 le ha tocado con Participante 4 quien no para de hacerle bromas y ponérselo complicado. Ésta se parte de risa que me sorprende porque siempre está muy seria y reservada. Cada pareja está a lo suyo, unas exploran más, a otras se les acaba rápido el repertorio o la imaginación. Yo me pongo un ratito con éstas formando así un trío. Cambiamos de rol, a algunas les parece más difícil seguir que guiar y al proponerles después que ahora se muevan con la misma pareja pero sin designar el rol de guía, me dicen que eso va a ser imposible porque están convencidas que alguien tiene que dirigir o siempre será la misma que dirija. Les explico que se trata de verse y escucharse. Alguna pareja llega a la conclusión que después de un tiempo moviéndose en pareja se llega a hacer un baile en que las dos toman parte por igual.

Dinámica 5. La confianza en grupo.

Hacemos dos grupos de 5. Cada grupo se coloca en un círculo cerrado. Una se pone en el medio y se deja balancear. Puede tener los ojos cerrados o abiertos. Las que están en el círculo tienen que estar atentas para dar seguridad, las manos preparadas para recibir y las piernas en flexión (un pie delante, el otro atrás). Veo que en cada grupo hay solamente una (Participantes 3 y 8) que tiene plena confianza dejándose balancear por las demás, disfrutando. Las demás no se dejan, están tensas.

Pausa.

Charlamos y tomamos un zumo, café o una infusión. Un riquísimo bizcocho casero que trajo Participante 9, y orejas de carnaval. Los temas en general son sobre el proceso de la enfermedad o sobre las múltiples actividades que se están organizando en la asociación.

Dinámica 6. Tirar para adelante: explorar maneras de afrontar dificultades.

Nos suele decir nuestro entorno cuando nos estamos afrontando a dificultades extremas que tiremos para adelante: lo ponemos en movimiento. Nos ponemos todas en un lado de la sala, estamos en parejas. Una se pone una meta que es llegar al otro lado de la sala

y la otra se lo intenta impedir, es el obstáculo. Lo hacemos sin tocarnos para que no haya golpes imprevistos, sobre todo en los brazos u hombros débiles. Algunas llegan rápido porque son muy directas y no hay manera de ponerles trabas, otras se paran, miran su obstáculo y buscan estrategias para pasar. Dos maneras diferentes de afrontar los obstáculos. Después de cambiar el rol, atravesamos el espacio con la misma meta pero sin obstáculos físicos: de manera más lenta y pausada, sintiendo. Es interesante porque nos permite explorar si enfocamos más en la meta (el objetivo) o en el camino (el proceso).

Dinámica 7. Relajación: tomar contacto con una misma, explorar sensaciones internas.

A petición de algunas de las participantes hacemos una pequeña relajación. Stanton-Jones (1992) aporta la visión de Krueger y Schofield quienes sostienen que una relajación dirigida como también ejercicios de respiración ayudan a sentir experiencias internas e integrar el cuerpo y la autoimagen de tal manera que el yo corporal (*body-self*) se convierte en el contenedor del yo emocional (*emotional self*). En este contexto, la relajación nos sirve para volver a conectar con nosotras mismas y luego enlazar con la siguiente dinámica.

Dinámica 8. Dixit: compartir verbalmente sensaciones, pareceres, sentimientos y experiencias

Mientras están despertando, coloco las cartas Dixit bocarriba en el círculo interior de las colchonetas. Son cartas con imágenes sugerentes con más de un significado y posible interpretación. Les propongo que vayan mirándolas y escogiendo de una en una hasta que tengan tres cada una. Salen narrativas personales espontáneas y también una discusión sobre cómo afrontar la enfermedad. Hay diferentes puntos de vista. A Participante 10 le gustaría, si se pudiera, borrar todo este episodio y volver a la vida de antes. Otras ven aspectos más positivos, ven la vida de otra manera o disfrutan del cariño que han recibido en este último año. A Participante 5, que ya lleva más de 14 años operada (además dos veces en un lapsus de 10 años), la enfermedad le ha supuesto un cambio importante en un sentido positivo. Participante 6, que está en pleno tratamiento de quimio- y radioterapia, lo ve todo negro y negativo. Después de que todas hablaran y explicaran el porqué de la elección de sus cartas y qué significan para ellas voy recogiendo las cartas y extendiendo en el centro la tela grande azul elástica.

Dinámica 9. Volver a la unión y la cohesión.

- (a) Nos ponemos de pie todas cogidas de la tela en la que pongo primero un globo hinchado, luego un balón. Vamos probando también con pelotas pequeñas. Así jugando fluye de nuevo la risa y el bienestar.
- (b) Finalizamos moviéndonos todas juntas gp" e¶tewnq" eqp" nc" ecpek»p" õxqnxgt" c" nqu" 39ö" { "tgrgvk o qu" nc" Dkugtmc" fg" nc" ug o cpc" rcucfc" swg" ug" pqvc" swg" guvc o qu" o wej q" más coordinadas.

En el cierre les doy de nuevo las gracias por su participación y colaboración y ellas por su parte comentan que les ha encantado participar, que han estado muy a gusto y que fue una experiencia muy positiva. Les entrego los sobres con la evaluación en que pueden darme un *feedback* más personalizado.

4.4.2 Resultados de la evaluación del taller

4.4.2.1 Cuadro 2: Resultados de la evaluación del taller

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
1. ¿Cómo te has sentido en el taller? En general (GE) Con el grupo (GR)	GE: muy bien GR: muy bien	GE: muy bien GR: muy bien	GE: muy bien GR: muy bien	GR: he estado a gusto como en familia	GE: muy bien GR: nos fuimos conociendo y yo me sentí muy bien	GE: cómoda GR: me he sentido integrada y participativa	GE: bien GR: bien	GE: muy bien GR: estupendamente	GE: bien GR: bien
2. ¿Participar en el taller te ha servido para sentirte mejor? Físicamente (F) Psicológicamente (P)	F: no P: sí, más contenta y relajada	F: mayor movilidad P: más animada	F: sí, siempre está bien moverse algo P: te sientes integrada en el grupo	P: compartir juegos hace que pasa el tiempo sin darse cuenta y eso es muy bueno	F: una forma de superación personal P: gratificante por el ambiente cercano y momentos emotivos	P: poder compartir un tiempo con un grupo que siente más o menos lo mismo que yo.	No	F: más suelta en las articulaciones P: la relación en grupo me ha acercado más para conocer a gente estupenda	Me ha parecido una buena experiencia
3. ¿Alguna dinámica que te haya llamado la atención? Primer encuentro (P) Segundo encuentro (S)	P: el baile S: avanzar superando las trabas	P: el baile y el dibujo S: todos los ejercicios	P: todo S: las cartas: te hace pensar en cosas que sientes	P: los dibujos S: las cartas: es interesante ver los diferentes puntos de vista	P: los dibujos: resultaron significativos S: las cartas: muy bonito, muy entrañable P+S: relajación	P: las figuras humanas S: las cartas: me ha hecho abrirme y expresar lo que siento	P: los pasos de baile S: los pasos de baile: al conocerse el grupo había más coordinación	P: todas S: todas	P: compartir todos los juegos está muy bien S: la interpretación de las cartas me ha parecido interesante
4. ¿Qué te ha aportado personalmente el participar en el taller?	Un mayor vínculo con la gente que participó.	Mayor conexión con el grupo.	Conocer a más gente y participar en algo nuevo.	Conocer un poco más a personas de las que no sabía ni el nombre.	Saber que el cuerpo de las demás personas es muy agradable y que debemos conocernos y acariciarnos más.	Me he sentido integrada en un grupo, a lo que no estoy acostumbrada.	Que hay personas buenísimas y luchadoras cuando nos sacan de la rutina.	Relacionarse con los demás y la comunicación sobre temas de las mujeres operadas de cáncer de mama.	Soy una operada veterana. Si mi experiencia puede servir a las personas que están en pleno proceso, lo valoro positivamente.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4	Participante 5	Participante 6	Participante 7	Participante 8	Participante 9
5. Espacio para comentarios u observaciones	*	**	***	****					*****

*Me gustó mucho cuando nos dejábamos llevar, y hacíamos los movimientos que nos salían de dentro (movimientos lentos). Considero muy buena la idea de tapar los espejos; al no vernos los movimientos eran más naturales. También fue un buen ejercicio de confianza en la otra persona, cuando hacía de lazarillo, pero sobre todo cuando caminaba a tu alrededor, mientras tú estabas en suelo.

**Ha sido una experiencia genial.

***Estos talleres nos enseñan que con cosas o ejercicios te sientes bien.

****Se aprende a expresar los sentimientos a través de un juego.

*****Creo que todas las participantes se han ido muy contentas.

4.4.3 Análisis de la evaluación del taller.

La evaluación del taller resulta ser un instrumento muy valioso en este estudio exploratorio. En ella sale la voz propia de las participantes lo que hace que los comentarios expresen lo que realmente piensan y sienten. En general todas las participantes han estado a gusto en el taller. Algunas mujeres han sentido mayor movilidad y más soltura en las articulaciones o lo han vivido como una forma de superación personal. Los temas más importantes que aportan tienen que ver con el aspecto social: destacan sobre todo el compartir tiempo, juegos, momentos emotivos con el grupo, el sentirse integrada y el conocer gente estupenda como factores que les han ayudado a sentirse psicológicamente mejor. Como dinámica que más les ha llamado la atención el primer día señalan el baile y el dibujo; y del segundo día las cartas Dixit. Como respuesta a la pregunta 4 (¿Qué te ha aportado personalmente el participar en el taller?) coinciden casi todas en el aspecto social y de comunicación e, igual que en la pregunta 2 (¿Participar en el taller te ha servido para sentirte mejor?), valoran aquí también el tema de grupo: *“Mayor vínculo o conexión con el grupo, sentirse integrada en el grupo”*; otros temas relacionados con el aspecto social son el del apoyo de las veteranas a las recién diagnosticadas y el uso del cuerpo como motivo de la relación. En el apartado para escribir comentarios destacan que han descubierto que este tipo de dinámicas *“te hacen sentir bien”*, te ayudan a *“expresar los sentimientos”* o *“sacar los movimientos de dentro”*.

4.4.4 Conclusión del estudio exploratorio

4.4.4.1 El cuestionario.

Viendo los resultados del cuestionario y guiándonos por las respuestas mayoritarias, podríamos decir que estamos ante un grupo de mujeres que a primera vista tienen una buena autoimagen y buena relación con su cuerpo. Se sienten seguras, se relacionan con facilidad y ven aspectos positivos en el hecho de haber pasado por la enfermedad. Se sienten apoyadas por su entorno y no se sienten incómodas en ocasiones en que pueden estar observadas. Se sienten mujer a pesar de estar mastectomizadas y han aceptado tanto la enfermedad como el cuerpo ðk o rgthge vqö" Chkt o cp" swg" ug" ukgpvgp" c" i wuvq" dentro de su cuerpo. Esta impresión coincide con el planteamiento que hacen Mustian, Katula y Gill (2002) al sugerir que la experiencia del cáncer de mama puede tener un

efecto positivo en la autoestima y la imagen corporal y que el factor que interviene sería el ejercicio físico.

Casi todas las participantes del cuestionario hacen algún tipo de actividad física con regularidad, lo que les ayudaría, según este planteamiento, a tener una buena imagen corporal. Sin embargo, en un análisis más profundo y detallado, se pueden observar pequeños dramas, de resignación o no aceptar el cuerpo tal y como es, momentos de tristeza, inseguridad y soledad, de sentirse tensa en su cuerpo, cómo el hecho de estar siempre cansada por la tarde influye en la vida del día a día, igual que la menopausia inducida con todas las consecuencias: sofocos, aumento de peso (verse más gorda), menos líbido.

Deteniéndonos en el perfil de las tres participantes anteriormente descrito, podemos intuir que existe una relación entre el tiempo que ha pasado desde la operación y el estado de ánimo. Sobre todo en la mujer recién operada (y diagnosticada) y estando en pleno proceso de quimio- y radioterapia se manifiesta claramente un estado físico y anímico bajo y su relación con su cuerpo es de un extraño. El dibujo que se ha hecho de sí misma refleja un extraterrestre (E.T.) sin manos ni pies (ver anexo 3) apoya esta valoración. A sí mismo podemos establecer una relación entre el estado de ánimo y la imagen corporal. El perfil de la participante 1 nos enseña una mujer con tendencia a la depresión que tiene en general una imagen negativa de sí misma.

4.4.4.2 El taller de DMT.

Algunas reflexiones y temáticas emergentes de la coordinadora de los talleres en base a sus observaciones: en ambos talleres hemos trabajado los tres aspectos que forman la imagen corporal tal como los hemos descrito en la primera parte de esta tesina:

- ◆ Las cualidades propias de la imagen: la conciencia del cuerpo físico y la respiración: en los calentamientos, la relajación, la manipulación del cuerpo del otro, el masaje y la dinámica de ponerse en pareja (tríos, pequeños grupos) juntando partes del cuerpo.
- ◆ El yo corporal: la conciencia de las sensaciones internas, las emociones, las experiencias corporales: los círculos de Chace, la exploración de la quinesfera personal, de la calidad de movimiento (el peso), la relajación; las dinámicas de interacción en pareja o en grupo: el espejo, explorando la confianza, la dinámica

◆ La memoria corporal: la conciencia de las experiencias del pasado: el dibujo y la

Podemos decir que en el trabajo de DMT de la imagen corporal, tanto en la toma de conciencia, en su formación, como para una propuesta de cambio es conveniente tener en cuenta estos tres aspectos propuestos de Pylvänäinen. Dependiendo de la población con la que se trabaja se enfocaría más en un aspecto o en otro, aunque los tres aspectos están estrechamente entrelazados. En el caso de las mujeres operadas de cáncer de mama, mi idea inicial era enfocar las sesiones sobre todo en el aspecto físico y la aceptación del cuerpo mutilado. Sin embargo, a lo largo del taller me daba cuenta de la importancia que cobraba el sentido de grupo, el aspecto relacional, el escuchar y ser escuchada, el ver a la otra persona y ser vista por las demás. Las siguientes observaciones resumen esta idea. Destacaría:

- x La importancia de la toma de contacto con el cuerpo. Sentir el cuerpo, tomar conciencia de los límites, de nuestros miedos y también de las posibilidades que ofrece nuestro cuerpo para expresarnos. En la evaluación una de las participantes comenta: *“Se aprende a expresar los sentimientos a través de un juego, de un baile, de una relajación....”*
- x La falta de confianza. La confianza tanto en el cuerpo de uno mismo como en los demás constituye un factor importante en la formación de la imagen corporal: según Pylvänäinen (2003), el conocer tu yo corporal, su manera de responder y sus habilidades en movimiento ayuda a desarrollar la confianza y a fomentar la independencia, dos de los objetivos terapéuticos de la danza terapia aportados por Chace (en Sandel, Chaiklin & Lohn, 1993). Hemos trabajado la confianza en tres dinámicas: el primer día en la 3 (explorar los límites del cuerpo) y la 4 (explorar la confianza) y el segundo día en la 3 (la confianza en grupo). En las tres dinámicas, y sobre todo en la última noté muchos cuerpos rígidos, tensión en las caras. En la evaluación por escrita destaca una de las participantes el interés de las dos primeras dinámicas.
- x Calidades de movimiento. Siete de diez participantes consideran que la calidad del peso con la que más se identifican es el liviano. Yo también noté que, en general, se expresaban con más naturalidad en esta cualidad. En términos de análisis de movimiento descrito por Bartenieff, este hecho puede responder a

- x El reto para expresarse en movimiento. Sobre todo en la dinámica del espejo (en pareja) veía que a algunas de las participantes se les acaba el repertorio o la imaginación para seguir explorando. En la evaluación una destaca lo bonito que era cuando se dejaban llevar, cuando les salían los movimientos de dentro y comenta que al tener los espejos reales tapados, los movimientos salían más naturales.
- x Ncu" fkpª okecu" gp" ncu" swg" oªu" ug" gzrtguctqp" hwgtqp" ncu" fg" ncu" ectvcu" õFkzkvö" {" del dibujo, a pesar de la inseguridad al principio que causó el tener que dibujar. Encuentro muy significativos los dibujos y una buena herramienta para trabajar más en profundidad. La dinámica de las cartas resultó muy rica, abordaron el tema de la enfermedad con naturalidad, cada una dio su punto de vista sobre lo que significa para ella el vivir con esta enfermedad. Y cada una hablaba desde su experiencia y desde el momento del proceso en que se encuentra. En la evaluación tres participantes señalaron el Dibujo como la dinámica más destacada del primer día (*“por lo significativos que resultaron”*) y cinco las Cartas del segundo día: *“la importancia de expresar las cosas que sientes”*. *“Me ha hecho abrirme y expresar lo que siento”*. *“Soy veterana, si mi experiencia puede servir a las personas que están en pleno proceso, lo valoro positivamente.”* Veo de gran importancia este tipo de dinámicas para esta población porque les da la oportunidad de (re)enfocar y relatar sus experiencias vividas desde un nivel del inconsciente.
- x En general, todas las participantes disfrutaron mucho de las dinámicas en común: la tela, los bailes del final. Tres de ellas valoran el baile como dinámica más disfrutada; una participante comentó que la coordinación y la cohesión que se veía en el momento del baile, sobre todo del segundo día, había sido fruto de todo el trabajo previo. En este punto y el siguiente resalta sobre todo el tema del grupo y la cohesión.
- x Por último destacaría la enorme necesidad que demuestran de compartir, de hablar y de ser escuchadas. En la evaluación señalan todas este aspecto social como lo más valorado: encontraron *“un mayor vínculo con la gente que participó”*; *“sentirse integrada en el grupo al conocer mejor a la gente”*; *“mejor conexión con el grupo”*; la forma de *“expresar sentimientos a través de un juego, baile, relajación”*; la importancia de *“compartir un tiempo con un*

grupo que siente más o menos lo mismo que yo”; “me he sentido integrada en un grupo, a lo que no estoy acostumbrada”; el “conocer a personas buenísimas y luchadoras”; “la relación en grupo me ha acercado más para conocer a gente estupenda”; la importancia de “relacionarse con las demás” y de “la comunicación sobre temas de las mujeres operadas de cáncer de mama”; “compartir todos los juegos está muy bien”. Una destaca el aspecto social a través del cuerpo: “Saber que el cuerpo de las demás personas es muy agradable y que debemos conocernos y acariciarnos más”.

5. Conclusiones y discusión

5.1 Introducción.

Las experiencias corporales, tanto físicas como emocionales, constituyen una fuente de información respecto a la imagen corporal. Sentir el cuerpo físico y sus límites desarrolla un sentido de seguridad y confianza. Experimentar el yo interior a través del cuerpo, el yo corporal, nos ayuda a canalizar las emociones. Al mismo tiempo, las experiencias corporales son la base de las interacciones sociales, base, a su vez, para la construcción de una imagen corporal sana. El taller llevado a cabo con mujeres mastectomizadas nos revela algunos de los aspectos relacionados con la imagen corporal que se pueden trabajar con esta población: la inseguridad y la confianza; la calidad de movimiento del peso; y sobre todo el aspecto relacional, de comunicación y el sentido de pertenencia al grupo.

5.2 Limitaciones del estudio

Este trabajo de investigación implica una aproximación exploratoria al estudio sobre el concepto de la imagen corporal con una población concreta: un grupo de 10 mujeres que han sufrido mastectomía parcial o completa. El cuestionario, que tenía como objetivo averiguar cómo ven, perciben y viven su cuerpo mujeres mastectomizadas, ha resultado ser un instrumento muy útil, sobre todo para cuestiones generales y fáciles de responder como las relacionadas con los datos personales, el cuerpo físico, la actividad física y la enfermedad. Sin embargo, ha dado menos resultados respecto de la tramitación de los temas personales. A mi entender, esto es así porque las mujeres que se enfrentan a esta enfermedad de alguna forma buscan una defensa protegiéndose con una coraza que no les permita sentir momentos de flaqueza, vulnerabilidad, miedo o soledad. De cara al entorno se hacen las fuertes, realizando ese sobreesfuerzo emocional del que hablan Ferro & Prades (2012) y como se extrae también de algunas de las respuestas del cuestionario: *“No valoran el esfuerzo que hago por no decaer”*.

El taller llevado a cabo con las mujeres, que ha consistido en dos sesiones de tres horas cada una, sí ha dado lugar a que se abriesen y expresaran sus sentimientos en momentos concretos, pero no ha sido suficiente para observar cambios. Harían falta más sesiones en el contexto de un proceso terapéutico más prolongado en el tiempo para que se pudiera profundizar en temas que ellas aportasen a las sesiones y que pudieran explorar.

Sería, pues, muy interesante hacer un estudio exhaustivo con esta población, con más sesiones, entrevistas personales e instrumentos de control para descubrir sus necesidades y poder observar cambios si los hubiere.

5.3 Conclusiones

Después de la revisión literaria del concepto de la imagen corporal desde dos enfoques y analizando los resultados del cuestionario y el taller, poniendo en práctica el modelo tripartite de Pylvänäinen y consciente de las limitaciones de este estudio, llego a las siguientes conclusiones:

1. **Ne"FOV."gp"uw"vctgc"fg"õrtqoqxgt"la integración emocional, cognitiva, física y uqekcn"fgn"kpfxkfwqö"*CFVC."4236+."kpvgtxkgpg"gp"nc"ko ci gp"eqtrqtck**
 - x Facilitando al usuario/a la conexión con su ser interior, tomando éste/a conciencia de su yo corporal a través del movimiento, entendiendo por movimiento cualquier expresión corporal, verbal y no verbal.
 - x Proporcionando un clima de seguridad en las sesiones, mediante propuestas tanto grupales como individuales y de pareja, para que, a través de la relación individual con el terapeuta y/o con el grupo, el usuario/a pueda sentir su ser interior y crear su imagen corporal.
 - x Creando la oportunidad para el usuario/a de tomar conciencia de sus experiencias pasadas para integrarlas en el día a día.
2. El aspecto de la imagen corporal más significativo para esta población es el relacional: la seguridad que les ofrece el grupo de mujeres que ha pasado por lo mismo facilita que se permitan abrirse, entrar en contacto con su *Self* y expresar sentimientos.
3. El trabajo que puede hacer la DMT con esta población adquiere un especial valor con las mujeres recién diagnosticadas y en proceso de quimio- y/o radioterapia ya que estas terapias agresivas provocan un desajuste enorme tanto físico como emocional y social. El hecho de que hubiera un grupo mixto con mujeres en diferentes momentos del proceso resultó ser un factor muy positivo.

La evaluación del taller nos muestra que éste ha supuesto una experiencia enormemente positiva para todas las participantes. Por otra parte, aunque no se han encontrado resultados concluyentes ni cambios sustanciales en las participantes, podría concluir que el trabajo de la imagen corporal resulta ser uno de los fundamentos en que se sostiene la

DMT porque no sólo engloba nuestra percepción del cuerpo y cómo experimentamos nuestro cuerpo (cualidades propias de la imagen), sino también nuestras vivencias emocionales y relacionales (yo corporal) así como las experiencias pasadas (memoria corporal). La imagen corporal constituye una fuente de información tanto para el paciente como para el terapeuta a la vez que es la herramienta a través de la cual se producen muchos de los cambios terapéuticos.

5.4 Otras poblaciones que se pueden beneficiar del trabajo de la imagen corporal.

Debido a que el trabajo de la imagen corporal abarca tanto las percepciones como las vivencias corporales y las experiencias pasadas, que, a mi entender, constituye en realidad, la base de la DMT, hay muchas poblaciones que pueden beneficiarse de ello, sobre todo las relacionadas con patologías y trastornos en que puede haber una imagen corporal distorsionada o incompleta:

- x Trastornos alimenticios
- x Víctimas de abusos sexuales
- x Salud mental
- x Depresión
- x Autismo
- x Daños cerebrales, hemiplejia, tetraplejia
- x Discapacidad
- x Autismo
- x Mujeres que sufren los síntomas de la menopausia
- x Tercera edad y Alzheimer
- x Todas las enfermedades en las que pueden estar afectados aspectos de la imagen corporal.

5.5 Nuevas líneas de investigación

Dado que no existen muchas investigaciones actuales sobre la imagen corporal en un contexto de la DMT y relacionada con el cáncer de mama, animo a futuros investigadores a profundizar en este tema realizando un estudio exhaustivo, como ya se ha dicho, y proponiendo a la comunidad sanitaria sesiones de DMT como terapia complementaria y preventiva para las mujeres recién diagnosticadas y en pleno proceso de quimio- y radioterapia.

6. Referencias bibliográficas

ADTA (American Dance Therapy Association). *About dance/movement therapy*. Recuperado en junio de 2014 de: <http://www.adta.org>

AECC (Asociación Española Contra el Cáncer). *Cáncer de mama*. Recuperado en junio 2014 de <http://www.aecc.es>

AECC (Asociación Española Contra el Cáncer. 2002). *Cáncer de mama, una guía práctica*. AECC.

Bräuninger, I. (2006). Dance/movement therapy with cancer inpatients: Evaluation of process and outcome parameters. *Advances in dance/movement therapy. International research and empirical findings*, pp. 87-103.

Chace, M. (1993). Selected writings by Marian Chace. En S.L. Sandel, S. Chaiklin & A. Lohn (Eds.). *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Foundation of The American Dance Therapy Association.

Chaiklin S. & Schmais, C. (1993). The Chace approach to dance therapy En S.L. Sandel, S. Chaiklin & A. Lohn (Eds.). *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Foundation of The American Dance Therapy Association.

Dibbell-Hope, S. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27, 51-68.

Dosamantes, I. (1992). Body-image: Repository for cultural idealizations and denigrations of the self. *The Arts in Psychotherapy*, 19(4), 257-267.

Dosamantes-Beaudry, I. (1997). Embodying a cultural identity. *The Arts in Psychotherapy*, 24(2), 129-135.

Ferro, T. & Prades, J. (2013) Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. Federación Española de Cáncer de Mama.

Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford: Oxford University Press/Clarendon Press.

Gimpelewicz, S. (2013). Texto inédito, cedido a los asistentes al curso sobre trastornos alimenticios organizado por la ADMTE el 28 de septiembre de 2013.

Koch, S. C. (2008). Dance/movement therapy with clergy in crisis: A (group) case study. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 71-83.

Levy, F. J. (1988). *Dance/Movement Therapy. A Healing Art*. AAHPERD Publications, PO Box 704, Waldorf, MD 20601.

Lewis, R.N. & Scannell, E.D. (1995). Relationship of body image and creative dance movement. *Perceptual and Motor Skills*, Vol. 81. No. 1, pp. 155-160.

Maley, M.J. (2002). *Bioenergetic fundamentals: A self-exploration manual*. International Institute for Bioenergetic Analysis.

Mannheim, E., & Weis, J. (2006). Dance/movement therapy with cancer inpatients: Evaluation of process and outcome parameters. *Advances in dance/movement therapy. International research and empirical findings*, pp. 61-72.

Moore, C. L. (2009). *The harmonic structure of movement, music, and dance according to Rudolf Laban: An examination of his unpublished writings and drawings*. Edwin Mellen Press.

Mustian, K. M., Katula, J. A., & Gill, D. L. (2002). Exercise: Complementary therapy for breast cancer rehabilitation. *Women & Therapy*, 25(2), 105-118.

Pallaro, P. (1996). Self and body-self: Dance/movement therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 23. No. 2, pp. 113- 119.

Puig, A., Sang, M.L., Goodwin, L., Sherrard, P.A.D. (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breastcancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy*, Vol.33, pp. 218-228.

Pylvänäinen, P. (2003). Body image: A tripartite model for use in dance/movement therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25, 39-55.

Sandel, S., Chaiklin, S. & Lohn, A. (1993). *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. Columbia, MD: The Marian Chace Memorial Foundation of The American Dance Therapy Association

Sandel, S.L., Judge, J.O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nursing TM*, 28, 4, 301-309.

Schilder, P. (1983). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: Estudios sobre las energías constructivas de la psique*. México: Paidós. (1987).

SECPRE (Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. 2012). *La calidad del tratamiento integral a las mujeres afectadas por cáncer de mama: Estudio nacional de la sociedad española de cirugía plástica, reparadora y estética*. SECPRE.

Stanton-Jones, K. (1992). *An introduction to dance movement therapy in psychiatry*. (London and NY). Tavistock/Routledge.

VRT ó Canvas. Vlogaert, I & Aguirre de, P. (2013). *Liefde in tijden van kanker (Documental)*. Bélgica. Recuperado en 2014 de:
http://www.canvas.be/video_overzicht/248842

www.canvas.be/programmas/docview%3A-liefde-in-tijden-van-kanker

Young, C. (2006). One hundred and fifty years on: The history, significance and scope of body psychotherapy today. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, Vol. 1. No. 1*, pp. 17-28.

7. Anexos

7.1 Anexo 1: Cuestionario sobre la imagen corporal para mujeres operadas de cáncer de mama.

CUESTIONARIO SOBRE LA IMAGEN CORPORAL FEMENINA PARA MUJERES OPERADAS DE CÁNCER DE MAMA FEBRERO DE 2014 -

Elaborado por Isabel Álvarez como parte del estudio exploratorio de la tesina fin de máster de Danza Movimiento Terapia de la Universidad Autónoma de Barcelona.

A. Datos personales

A1. Edad

A2. Estado civil (soltera, casada, divorciada, con pareja, sin pareja)

A3. Hijos sí / no ¿De qué edad?

B. El cuerpo físico Condición física, cómo me veo

B1. En general, ¿cómo es su energía? Me siento con fuerzas / Me encuentro cansada

Por la mañana

Por la tarde

B2. ¿Tiene molestias en el brazo, hombro, otras partes del cuerpo?

B3. ¿Tiene alguna dificultad de movimiento a raíz de la operación?

B4. ¿Cómo se ve delante del espejo? (con agrado, satisfacción, insatisfacción, evito mirarme, etc.)

Vestida

Desnuda

B5. ¿Su manera de vestir ha cambiado desde la operación?

¿En qué aspectos?

B6. ¿Es capaz de ponerse ropa que queda más ajustada?

B7. ¿Qué partes de su cuerpo le gustan más, qué partes menos?

¿Hay aspectos que rechaza o le trae sentimientos negativos?

¿Le gustaría cambiar algo de su cuerpo?

C. El cuerpo vivido percibir, experimentar, sentir el cuerpo

C1. ¿Hace regularmente algún tipo de actividad física? (p.e. deporte, yoga, pilates, danza, zumba, caminar....)

¿Y antes de la operación? Más / menos / igual

C2. ¿Cómo se siente cuando se mueve (p.e. trabajando, bailando, haciendo deporte)?

C3. ¿Cómo definiría la relación con su cuerpo?

Mi cuerpo me ha abandonado.

Me siento fuerte, mi cuerpo me da seguridad.

Otra

¿Cómo se manifiesta en su cuerpo una u otra respuesta?

C4. ¿Siente incomodidad o vergüenza por su físico en ocasiones?

C5. ¿Ha cambiado algo en su postura corporal, después de la operación?

C6. ¿Anda con más miedo o inseguridad por la vida?

C7. ¿Se relaciona con facilidad?

¿Le cuesta salir de casa y/o estar entre la gente?

C8. Relaciones íntimas, grado de satisfacción

¿Ha cambiado la relación con su pareja (si la tuviera)? (apoyo emocional, buscar otras formas de vivir la sexualidad)

C9. ¿Tiene síntomas de la menopausia?

¿Cómo se manifiestan? (sofocos, he engordado, menos libido)

C10. En caso de mujeres jóvenes sin hijos pero con deseo de ser madre, ¿ha cambiado su perspectiva de futuro, su impulso vital?

D. Memoria corporal

D1. ¿Cree que la experiencia de la enfermedad ha influido en cómo es ahora? (su carácter, su manera de ver la vida).

Aspectos positivos

Aspectos negativos

E. La mirada del otro/a

E1. ¿Qué actitud tiene su entorno hacía usted? ¿Qué transmiten su pareja, hijos, padres, familia, amigos? (positivismo, preocupación, angustia)

E2. ¿Evita situaciones en las que puede ser observada? (p.e. la playa, piscina, gimnasio ...)

E3. ¿Siente que usted falla a su pareja, sus hijos, sus padres, en el trabajo?

E4. ¿Qué aspectos siente que otras personas valoran de usted?

¿Qué no valoran?

F. Feminidad sentirse mujer

F1. ¿La enfermedad ha tenido influencia en su sensación de sentirse mujer?

¿Qué le hace sentirse mujer?

¿Qué no le hace sentirse mujer?

F2. ¿Ha recuperado el sentirse atractiva?

F3. ¿Cree que el cuerpo de las demás mujeres de su edad está mejor?

G. Consecuencias psicológicas relacionadas

G1. ¿Sufre cambios anímicos desde la operación?

G2. ¿Sufre depresión, ansiedad o algún tipo de patología relacionado con la insatisfacción con la imagen corporal? (anorexia, bulimia,)

G3. ¿Siente que ha aceptado tanto la enfermedad como el cuerpo “imperfecto”?

¿Qué necesita para que así sea? (la reconstrucción mamaria, apoyo psicológico,)

G4. Señale cuáles de las siguientes afirmaciones se le pueden aplicar.

- x Me siento a gusto dentro de mi cuerpo.
- x Tiendo a ocultar mi cuerpo.
- x Me es muy fácil relajarme físicamente.
- x Mi cuerpo se me representa como si no fuera mío.
- x Mi cuerpo es una amenaza para mí.
- x La apariencia corporal es muy importante para mí.
- x Me siento tensa en mi cuerpo.
- x Hay cosas de mi cuerpo que me asustan.

H. La enfermedad

H1. ¿A qué edad se detectó el cáncer de mama?

H2. ¿Qué tipo de intervención quirúrgica le han realizado?

Mastectomía completa / conservadora

¿Le ha afectado a una mama / a las dos mamas?

H3. ¿Le han extirpado los ganglios de la axila? sí / no

H4. ¿Qué tratamiento ha recibido?

Quimioterapia

Radioterapia

Terapia hormonal

Otra:

H5. ¿Cuánto tiempo hace que terminó los tratamientos?

Estoy aún en tratamiento: quimio-, radio-, terapia hormonal, otra terapia

H6. ¿Se ha reconstruido la(s) mama(s)? sí / no

Si la respuesta es no, ¿se plantea la reconstrucción?

H7. En caso de extirpación de ganglios, ¿le ha salido un linfedema? sí / no

¿Hace algún tipo de ejercicio para evitarlo o que no vaya a más?

¡¡¡MUCHAS GRACIAS!!!

7.2 Anexo 2: Evaluación de los talleres

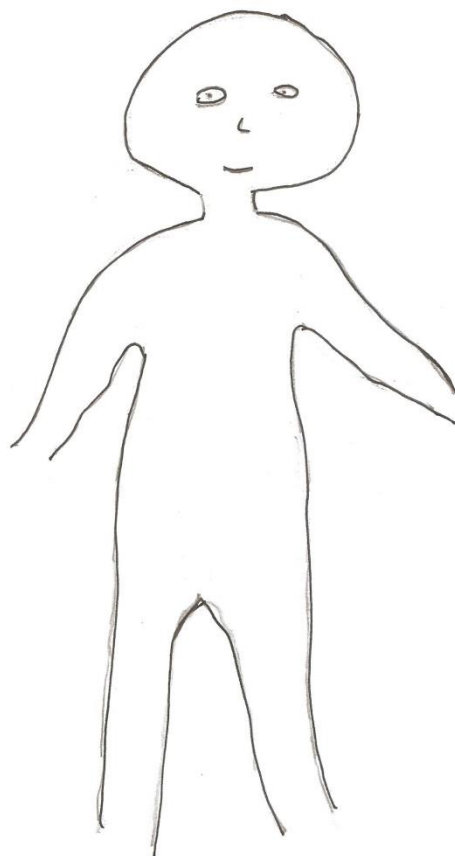
EVALUACIÓN DE LOS TALLERES DE DANZA MOVIMIENTO TERAPIA para mujeres mastectomizadas

Realizados el 22/02/2014 y el 01/03/2014

Valoración general

1. ¿Cómo te has sentido en los talleres?
 - En general
 - Con el grupo
2. ¿Participar en los talleres te ha servido para sentirte mejor?
 - Físicamente
¿En qué sentido?
 - Psicológicamente
¿En qué sentido?
3. ¿Alguna dinámica/ejercicio que te haya llamado especialmente la atención?
 - Del primer día
¿Puedes explicar por qué?
 - Del segundo día
¿Puedes explicar por qué?
4. ¿Qué te ha aportado personalmente el participar en los talleres?
5. Espacio para algún comentario u observación (puedes seguir escribiendo por detrás😊).

7.3 Anexo 3: Dibujo de la participante 6



E.T

7.4 Anexo 4: Dibujo de la participante 5

